-Deel A-

Marktscan

Zorgverzekeringsmarkt 2015

Deelrapportage kerncijfers 2011 – 2015

Inhoud

Vooraf **4**

Managementsamenvatting **5**

1. Inleiding **7**

2. Marktstructuur **8**
2.1 Zorgverzekeraars 8
2.2 Marktaandelen en concentratiegraad 9
2.2.1 Marktaandelen 9
2.2.2 Concentratiegraad 11
2.3 Risicoverevening 11
2.4 Financiële positie 14
2.4.1 Resultaten risicoverevening 15
2.4.2 Exploitatieresultaat 19
2.4.3 Bedrijfskosten 20
2.4.4 Schadelast 22

3. Marktgedrag **23**
3.1 Publicatiedatum premies 23
3.2 Aanbod en vraag naar basisverzekeringen 25
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen 28
3.4 Aanvullende verzekeringen 34
3.5 Polissen met beperkende voorwaarden (‘budgetpolissen’) 36
3.6 Overstapgedrag 38
3.6.1 Kwantitatieve gegevens overstappers 38
3.6.2 Redenen om niet over te stappen 40
3.6.3 Redenen om wel over te stappen 40
3.7 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico 41

4. Betaalbaarheid **44**
4.1 Omzet 44
4.2 Prijs 44
4.3 Opbouw van de nominale premie 49
4.4 Vrijwillig eigen risico 49

5. Toegankelijkheid **52**
5.1 Onverzekerden 52
5.2 Wanbetalers nominale premie 53

Bijlage I. Risicoverevening nader bekeken **54**

Bronnen en methoden **55**

Vooraf

De marktscan Zorgverzekeringsmarkt is een jaarlijks terugkerende rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), met daarin opgenomen de belangrijkste kerncijfers over de markt voor zorgverzekeringen.

Dit jaar publiceert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de marktscan Zorgverzekeringsmarkt op een andere wijze dan u van ons gewend bent. Wij zullen deze marktscan dit jaar namelijk in drie delen publiceren. In het eerste deel publiceren wij de al beschikbare kerncijfers. Dit deel bevat nog niet de verdiepende analyses en interpretaties. In het tweede deel, dat in september zal worden gepubliceerd, gaan wij nader in op verklaringen voor deze kerncijfers en rapporteren wij nog over een aantal verdiepende onderzoeken. Ook zal deel B een aantal aanvullingen bevatten ten opzichte van deel A. Tot slot wordt in november op de website van de NZa nog een online marktscan gepubliceerd met kerncijfers over het polisaanbod en premies voor 2016.

Voor u ligt het eerste deel (deel A) van de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015. Deze scan geeft, met kerncijfers, de stand van zaken weer op de zorgverzekeringsmarkt. Door de stand van zaken regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan haar taken als regelgever, toezichthouder en adviseur.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting.

De NZa bedankt allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Dit eerste deel van onze jaarlijkse marktscan bevat een groot deel van de cijfers over de zorgverzekeringsmarkt. De scan heeft betrekking op de periode van 2011 tot 2015. Interpretaties en verdiepende analyses van deze cijfers komen in het tweede deel van de marktscan, dat in september zal worden gepubliceerd. Doel van het publiceren in delen is dat onze gegevens zo snel mogelijk beschikbaar zijn.

Meer overstappers in 2015
In 2015 is 7,3% van de consumenten overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Het aantal overstappers was hoger dan in 2014 (6,9%), maar lager dan in 2013 (8,3%). De berekende overstapwinst bedraagt € 69 miljoen.

Exploitatie en premie
Het gemiddelde exploitatieresultaat op de basis- en aanvullende zorgverzekering per verkochte basisverzekering is afgenomen van € 96 in 2013 naar € 44 in 2014.

In 2014 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde (exclusief beleggingsopbrengsten) voor de basisverzekering en aanvullende verzekering sterk gedaald ten opzichte van 2012 en 2013: circa 1,5% van de schadelast. In 2012 en 2013 was dit resultaat circa 3,4%.

De zorgverzekeraars hebben de nominale premie in 2014 gematigd om daarmee een deel van de gunstige resultaten uit voorgaande jaren terug te geven aan de verzekerden.

In 2015 was de gemiddeld betaalde nominale premie weer iets hoger dan in 2014. In 2015 betaalden consumenten gemiddeld € 1.158 per jaar ten opzichte van € 1.098 in 2014.

Vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen en collectiviteiten
Het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen tot 11,7%. Van alle verzekerden kiest 8,2 % in 2015 voor de hoogste categorie vrijwillig eigen risico. In totaal heeft 84,1% van de verzekerden in 2015 een aanvullende verzekering afgesloten, een afname van 0,4 procentpunt ten opzichte van 2014. Het percentage van zowel individueel als collectief verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de jaren af, maar is in 2015 voor collectief verzekerden vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014. In totaal hebben 14,2 miljoen verzekerden in 2015 een aanvullende verzekering.

In 2015 is het totale aandeel collectief verzekerden voor het eerst gedaald. Sinds 2007 steeg het percentage collectief verzekerden met gemiddeld circa 2 procentpunt per jaar van 57% naar 70%. Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een collectiviteit via de werkgever is in 2015 wel met 15.000 toegenomen tot 56% (6,4 mln.) van de collectief verzekerden.

Voor het tweede jaar op rij is het aandeel van gelegenheidscollectiviteiten gedaald. Het absoluut aantal verzekerden met een gelegenheidscollectiviteit nam in 2015 met 310.000 af tot afgerond 4,9 mln.

Aanbod polissen
Zorgverzekeraars bieden steeds meer verschillende polissen aan. Het aantal naturapolissen blijft jaar op jaar stijgen. In 2015 zijn er 71 verschillende polissen op de markt, waarvan 35 naturapolissen. Iets meer dan de helft (55%) van de verzekerden heeft een naturapolis in 2015. Bijna een kwart van de verzekerden (22%) heeft een combinatiepolis en nog bijna een kwart een restitutiepolis (23%). Het aanbod aan polissen met beperkende voorwaarden stijgt. Wij hebben voor een verdiepend onderzoek[1] 17 polissen geselecteerd voor nader onderzoek. Ongeveer 7,5% van de verzekerden heeft een dergelijke polis. Deze polissen kenmerken zich door een beperkt aanbod van gecontracteerde aanbieders. Daarnaast kunnen de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg lager liggen dan bij andere polissen.

Herverzekering eigen risico
Het eigen risico kan worden herverzekerd. Dit is voor zorgverzekeraars interessant wanneer zij op die manier een voorspelbaar debiteurenrisico kunnen beperken.

Het percentage verzekerden met een herverzekering van het eigen risico nam in 2015 toe met 32%, na een afname in 2014. De groei zit bijna volledig in collectieve contracten met gemeenten voor uitkeringsgerechtigden en minima. Per februari 2015 zijn er 197.583 verzekerden met een herverzekering van het eigen risico. Het betreft 73% uitkeringsgerechtigden en minima, en 24% buitenlandse seizoenarbeiders.

Betaalbaarheid
In 2014 en 2015 is het verschil in prijzen tussen de soorten polissen toegenomen. De gemiddeld betaalde premie varieert in 2015 van € 957 tot € 1.367. De bandbreedte op polisniveau bedraagt derhalve in 2015 €410. Dat is 35% van de gemiddeld betaalde premie. Op zorgverzekeraarsniveau en concernniveau is de spreiding geringer. In 2014 was de bandbreedte van betaalde premies €344.

[1] Verwijzen naar onderzoek budgetpolissen na publicatie.

1. Inleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: een marktscan geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt worden al vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gevolgd. Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet.[2]

Totstandkoming van de marktscan
Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzes: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. In dit deel van de marktscan betreft het de indicatoren; marktstructuur, het marktgedrag en de marktuitkomsten: toegankelijkheid en betaalbaarheid.[3] De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus
Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2011 tot en met 2015.

Deze marktscan beperkt zich tot het weergeven van de feiten in kerncijfers.

Leeswijzer
In hoofdstuk twee en drie wordt ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van de relevante spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen betaalbaarheid en toegankelijkheid op de zorgverzekeringsmarkt.

---

[2] In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.
[3] De indicator kwaliteit zal meegenomen worden in deel B van de marktscan Zorgverzekeringsmarkt.

2. Marktstructuur

2.1 Zorgverzekeraars

In 2015 zijn er op de zorgverzekeringsmarkt 25 zorgverzekeraars actief. Zorgverzekeraars worden ook wel risicodragers genoemd. Zorgverzekeraars kunnen onderdeel zijn van een overkoepelend concern. In 2015 zijn er negen concerns.

Tabel 2.1. Aanbod concerns en zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar
Achmea	AVERO ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR N.V.
	FBTO ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	INTERPOLIS ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	OZF ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
Achmea	**6**
ASR	ASR BASIS ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.
ASR	**1**
CZ	DELTA LLOYD ZORGVERZEKERING N.V.
	OHRA ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN N.V.
	OHRA ZORGVERZEKERINGEN N.V.
	OWM CZ GROEP ZORGVERZEKERAAR U.A.
CZ	**4**
DSW-SH	OWM DSW ZORGVERZEKERAAR U.A.
	STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAR O.W.M. U.A.
DSW-SH	**2**
Eno	ENO ZORGVERZEKERAAR N.V.
Eno	**1**
Menzis	ANDERZORG N.V.
	AZIVO ZORGVERZEKERAAR N.V.
	MENZIS ZORGVERZEKERAAR N.V.
Menzis	**3**
ONVZ	ONVZ ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR N.V.
ONVZ	**1**
VGZ	IZA ZORGVERZEKERAAR N.V.
	IZZ ZORGVERZEKERAAR N.V.
	N.V. UNIVÉ ZORG
	N.V. ZORGVERZEKERAAR UMC
	VGZ ZORGVERZEKERAAR N.V.
	N.V. VGZ CARES
VGZ	**6**
Zorg en Zekerheid	OWM ZORGVERZEKERAAR ZORG EN ZEKERHEID UA
Zorg en Zekerheid	**1**
Totaal 9	**Totaal 25**

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In 2015 is er een zorgverzekeraar minder dan in 2014 door een fusie waarbij (binnen het Achmea concern) Agis is opgegaan in Zilveren Kruis.

Tabel 2.2. Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars 2011 – 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Concerns	10	9	9	9	9
Zorgverzekeraars	27	26	26	26	25

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

De marktstructuur van de zorgverzekeringsmarkt is de afgelopen jaren sterk gevormd door fusies tussen verschillende partijen. In tabel 2.3 is een overzicht opgenomen van de fusies op deze markt.

Tabel 2.3. Overzicht fusies en portefeuilleoverdracht zorgverzekeraars 2006 – 2015

	Ontwikkeling
2007	OZ gaat op in CZ (binnen OZ/CZ-groep) Fusie Univé met VGZ-IZA-Trias (UVIT)
2008	Fusie Delta Lloyd Ohra met CZ Fusie Azivo met Menzis Fusie Agis met Achmea
2009	Univé Zorgverzekeraar N.V. gaat op in N.V. Univé Zorg Confior gaat op in Menzis (binnen Menzis concern)
2010	Portefeuille PNO overgedragen aan ONVZ Groene Land-PWZ gaat op in Zilveren Kruis (binnen Achmea)
2011	Portefeuille AZVZ overgedragen aan Zorg en Zekerheid
2012	Fusie De Friesland – Achmea (op 31 december 2011) Trias gaat op in VGZ (binnen de Coöperatie VGZ)
2013	Geen wijzigingen
2014	Geen wijzigingen
2015	Agis gaat op in Zilveren Kruis (binnen Achmea)

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

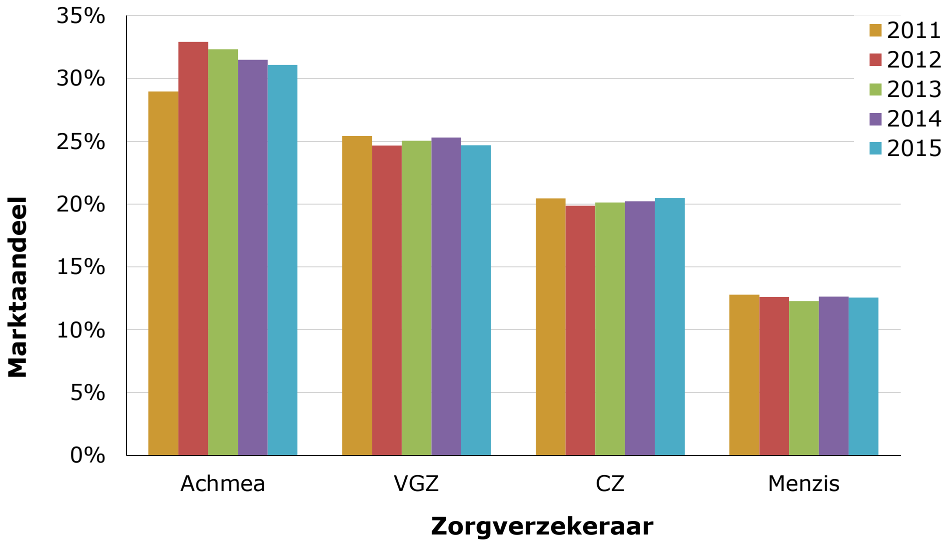
2.2 Marktaandelen en concentratiegraad

Deze paragraaf behandelt de ontwikkeling in de marktaandelen van de concerns op de Nederlandse markt, in de periode 2011 – 2015, gemeten naar het aantal verzekerden dat bij deze zorgverzekeraar is verzekerd. Achtereenvolgens komt aan bod:
- De landelijke marktaandelen van de grootste vier concerns;
- De landelijke marktaandelen van de overige concerns;
- De concentratiegraad, gemeten met de Herfindahl–Hirschman Index, landelijk en per provincie.

2.2.1 Marktaandelen

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de vier grootste zorgverzekeringsconcerns op de Nederlandse markt weer.

Figuur 2.1. Marktaandelen grootste vier zorgverzekeringsconcerns

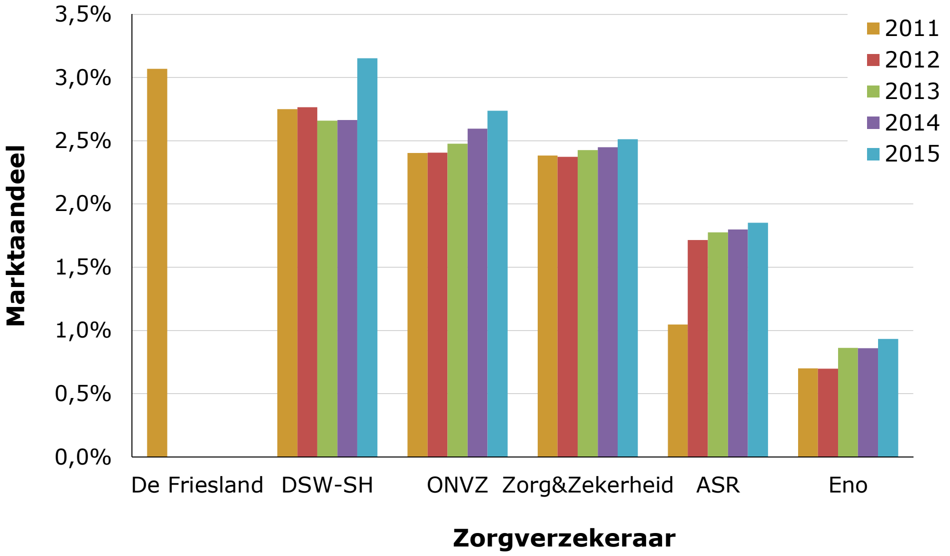


Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Het totale marktaandeel van de vier grootste zorgverzekeringsconcerns neemt jaarlijks licht af ten gunste van de overige, kleinere zorgverzekeringsconcerns. De vier grootste zorgverzekeringsconcerns hebben samen in 2015 een marktaandeel van 88,8% (2014 89,6%). De toename in 2012 bij Achmea is vooral een gevolg van de fusie met De Friesland.

De onderstaande figuur geeft de marktaandelen van de overige concerns weer.

Figuur 2.2. Marktaandelen overige zorgverzekeringsconcerns



Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Bij alle overige zorgverzekeringsconcerns stijgt het marktaandeel in 2015. Het totale marktaandeel van de overige concerns stijgt van 10,4% in 2014 naar 11,2% in 2015, vooral door de flinke stijging bij DSW. De forse stijging bij ASR in 2012 is voor een groot deel veroorzaakt door de

introductie van het label Ditzo. De Friesland is met ingang van 2012 opgenomen bij Achmea.

2.2.2 Concentratiegraad

Herfindahl-Hirschman Index
Een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindahl–Hirschman Index (hierna: HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. Bij een HHI van 2.000 of hoger wordt gesproken van een geconcentreerde markt. Een hoge concentratie op een markt hoeft niet nadelig te zijn voor de werking van de markt, zolang er maar sprake is van voldoende concurrentie.

In de onderstaande tabel staat de concentratiegraad van de zorgverzekeringsmarkt, per provincie en voor Nederland in totaal, uitgedrukt in de HHI.

Tabel 2.4. Overzicht Herfindahl-Hirschman Index

Provincie	2011	2012	2013	2014	2015
Drenthe	3.556	3.745	3.659	3.539	3.478
Flevoland	3.666	3.851	3.715	3.555	3.324
Friesland	4.508	6.283	6.202	6.028	5.873
Gelderland	2.360	2.366	2.330	2.318	2.278
Groningen	3.796	3.751	3.581	3.486	3.463
Limburg	3.624	3.518	3.487	3.456	3.392
Noord-Brabant	3.376	3.237	3.203	3.191	3.153
Noord-Holland	3.057	3.117	3.058	2.973	2.930
Overijssel	2.593	2.654	2.595	2.558	2.538
Utrecht	2.884	2.955	2.882	2.808	2.684
Zeeland	4.135	4.043	4.026	3.949	3.921
Zuid-Holland	1.886	1.887	1.882	1.878	1.880
Nederland	2.105	2.277	2.264	2.240	2.224

Bron: NZa (op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2011-2013 en 2015)).

In 2012 nam de concentratiegraad landelijk en met name in de provincie Friesland toe door de fusie tussen Achmea en De Friesland. Daarna is weer jaarlijks een lichte daling van de concentratiegraad zichtbaar.
In 2015 neemt de concentratiegraad alleen in Zuid-Holland (licht) toe. Dit komt door een flinke stijging van het marktaandeel van DSW in vooral Zuid-Holland.

2.3 Risicoverevening

In Nederland zijn zorgverzekeraars verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering (acceptatieplicht). Het is tegelijk verboden om premiedifferentiatie toe te passen. Risicoverevening is er op gericht verzekeraars te compenseren voor voorspelbare winsten en verliezen die het gevolg zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerden populatie. Verzekerden met een hoog risicoprofiel zijn bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen of verzekerden uit een sociaal-economische

risicogroep. Alle zorgverzekeraars krijgen uit een fonds, het Zorgverzekeringsfonds, jaarlijks een financiële bijdrage, die de *vereveningsbijdrage* wordt genoemd. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie.

Als de risicoverevening goed functioneert heeft de zorgverzekeraar geen financieel gewin bij het weren van verzekerden met hoge zorgkosten. De risicoverevening zorgt voor een gelijke uitgangspositie en daarmee eerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Het risicovereveningssysteem bestaat uit twee onderdelen:
- Risicoverevening voorafgaand aan het jaar (ook wel ex-ante verevening genoemd);
- Compensaties achteraf (ook wel ex-post compensaties genoemd).

Hieronder worden beide onderdelen van de risicoverevening in hoofdlijnen beschreven. Het doel van deze beschrijving is om de begrippen in de daaropvolgende analyses toe te lichten.

Ex-ante risicoverevening
Om de vergoeding van verzekeraars voor verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te berekenen, wordt een econometrisch model gebruikt. Dit model voorspelt de zorgkosten aan de hand van persoonskenmerken van verzekerden. Deze voorspelde kosten worden normkosten genoemd. Op basis van de normkosten wordt een vergoeding per zorgverzekeraar berekend. Het model is vastgelegd in de regeling risicoverevening 2015. De regeling is op 9 februari 2015 gepubliceerd in de Staatscourant.

Het model is gebaseerd op de landelijk gemiddelde kosten van verzekerden onderscheiden naar risicoprofielen van verzekerden. De normkosten die op basis van het model zijn berekend zijn dus onafhankelijk van de gerealiseerde kosten van zorgverzekeraars.

Door de jaren heen wordt het vereveningsmodel steeds verbeterd en verfijnd. Er wordt altijd naar nieuwe kenmerken van verzekerden gezocht die de verschillen in zorgkosten nog beter kunnen voorspellen. In het risicovereveningsmodel voor het jaar 2015 zijn de volgende kenmerken gebruikt om de zorgkosten van verzekerden te voorspellen:
- Leeftijd/ Geslacht;
- Aard van inkomen (AVI): risicoklassen op basis van de voornaamste bron van inkomsten in combinatie met de leeftijd van de verzekerde. Aan het vereveningscriterium AVI is met ingang van 2014 de klasse ‘Student’ toegevoegd. Voor de klasse student geldt een aftrek op de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen. De reden is dat studenten voorspelbaar winstgevend waren, zodat zorgverzekeraars een prikkel tot risicoselectie hadden. Deze prikkel is weggenomen;
- Regio: de regio-indeling berust op een clustering van postcodegebieden op basis van de sociaaleconomische, demografische en zorg gerelateerde kenmerken van een postcodegebied;
- GGZ-regio: indeling in regio-klassen specifiek voor de verevening van de kosten van GGZ, waarbij rekening is gehouden met verschillen in aanbod en met sociaal economische omstandigheden;
- V&V-regio: indeling in regio-klassen specifiek voor de verevening van de kosten van verpleging en verzorging, waarbij rekening is gehouden met verschillen in aanbod.
- Farmaciekostengroepen (FKG’s): risicoklasse gebaseerd op medicijngebruik in het voorgaande kalenderjaar. Het idee achter de FKG’s is dat verzekerden met een bepaalde chronische aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van medicijnen waarvan

bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven;
- FKG's psychische aandoeningen: risicoklasse voor de vaststelling van de risicoverevening voor de kosten van GGZ, gebaseerd op het medicijngebruik in het voorafgaande jaar;
- Diagnosekostengroepen (DKG's): DKG's berusten primair op de diagnose-informatie uit de DBC-zorgproducten. Alleen diagnosen voor chronische aandoeningen waarvan wordt verwacht dat die in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen. DKG's worden bepaald op basis van diagnose informatie uit het voorafgaande vereveningsjaar.
- DKG's psychische aandoeningen: door dit vereveningscriterium worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ op basis van zorggebruik in de twee voorafgaande jaren;
- Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's): een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van hulpmiddelengebruik in het verleden;
- Sociaaleconomische status (SES): risicoklassen op basis van het huishoudinkomen per adres per persoon in combinatie met leeftijd;
- Meerjarig Hoge Kosten (MHK): risicoklassen op basis van de hoogte van de zorgkosten in de drie voorgaande jaren;
- GGZ-MHK: Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden die drie achtereenvolgende jaren hoge kosten hebben van verzekerden die drie achtereenvolgende jaren geen kosten hebben en van verzekerden die een of twee van die drie jaren GGZ-kosten hebben.
- Generieke somatische morbiditeit (GSM): Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden met morbiditeit (wat tot uitdrukking komt in een positieve FKG of DKG of HKG of MHK) van andere verzekerden, uitgesplitst naar leeftijdscategorie (65- en 65+)
- Eénpersoonsadres: risicoklassen op basis van het wel of niet alleen wonen;

Ex-post compensaties
Er zijn verschillende vormen van ex post compensaties.

Bepaalde zorgvormen kunnen worden toegerekend aan de vaste zorgkosten. Dit gebeurt voor kosten die door de verzekeraars niet te beïnvloeden zijn of die niet normeerbaar zijn (bijvoorbeeld omdat data ontbreken). Zo zijn de vaste kostencomponenten in de verevening voor ziekenhuiszorg niet goed te beïnvloeden door zorgverzekeraars en dus worden deze kosten volledig nagecalculeerd. De bandbreedteregeling kan ingezet worden als de kosten door het ex-ante model (tijdelijk) onvoldoende goed voorspeld worden. Dit gebeurt in 2015 bij de kosten van wijkverpleging en de geneeskundige GGZ.

Per 2012 is de macronacalculatie, waarbij het verschil tussen de raming en de werkelijke kosten werd gecompenseerd, volledig afgeschaft. Om het gelijke speelveld tussen verzekeraars te behouden, is het afschaffen van de macronacalculatie gepaard gegaan met de introductie van flankerend beleid.

Het nadeel van de ex-post compensaties is dat deze de prikkels voor doelmatig zorginkoop afzwakken, door gerealiseerde kosten (deels) te vergoeden en behaalde winsten door doelmatige inkoop (deels) af te romen. Omdat de berekeningen vooraf steeds beter worden en doelmatige zorginkoop één van de belangrijkste instrumenten is om de zorg betaalbaar te houden, is het gewenst om deze ex-post compensaties af te bouwen. De ex post compensaties worden geleidelijk afgebouwd onder gelijktijdige verbetering van het ex ante

vereveningsmodel. Voor 2015 zijn zorgverzekeraars volledig risicodragend over de somatische zorg, maar nog niet voor de wijkverpleging, geneeskundige GGZ en langdurige GGZ. Het is de planning dat zorgverzekeraars per 2017 de Zvw volledig risicodragend uitvoeren.

2.4 Financiële positie

In deze paragraaf beschrijven we de financiële positie van zorgverzekeraars. De paragraaf beschrijft achtereenvolgens:
- de risicovereveningsresultaten van zorgverzekeringsconcerns;
- het exploitatieresultaat;
- de beleggingsresultaten;
- de bedrijfskosten;
- de schadelast.

Bij de analyse van de financiële positie van zorgverzekeraars hanteert de NZa bedragen per verzekerde van 18 jaar of ouder. De reden hiervoor is dat zorgverzekeraars hun uitvoeringskosten en overige exploitatieresultaten alleen kunnen dekken door hiervoor een opslag in de premies te verwerken: deze premies worden uitsluitend betaald door de verzekerden van 18 jaar of ouder.

Alle informatie in deze paragraaf is gebaseerd op de concernindeling 2015, die sinds 2012 ongewijzigd is.

Tabel 2.5 geeft een globaal beeld van inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars. Belangrijkste bronnen van inkomsten zijn de ontvangen nominale premies, het bedrag dat de zorgverzekeraar via de risicoverevening ontvangt (de vereveningsbijdrage) en het beleggingsresultaat. De twee belangrijkste uitgavenposten zijn de schadelast (al dan niet inclusief afhandelingskosten) en de bedrijfskosten.

Tabel 2.5. Schematische weergave inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars

Inkomsten/Uitgaven	Onderdelen
Inkomsten	+ Nominale premie
	+ Eigen risico
	+ Vereveningsbijdrage[4]
	+ Beleggingsresultaat
Uitgaven	- Schadelast
	- Afhandelingskosten
	- Bedrijfskosten
Totaal	**Exploitatieresultaat**

Resultaten die direct samenhangen met het aanbieden van zorgverzekeringen zijn de grijs gearceerde cellen in tabel 2.5: de ontvangen nominale premies, de vereveningsbijdrage en de schadelast exclusief afhandelingskosten.

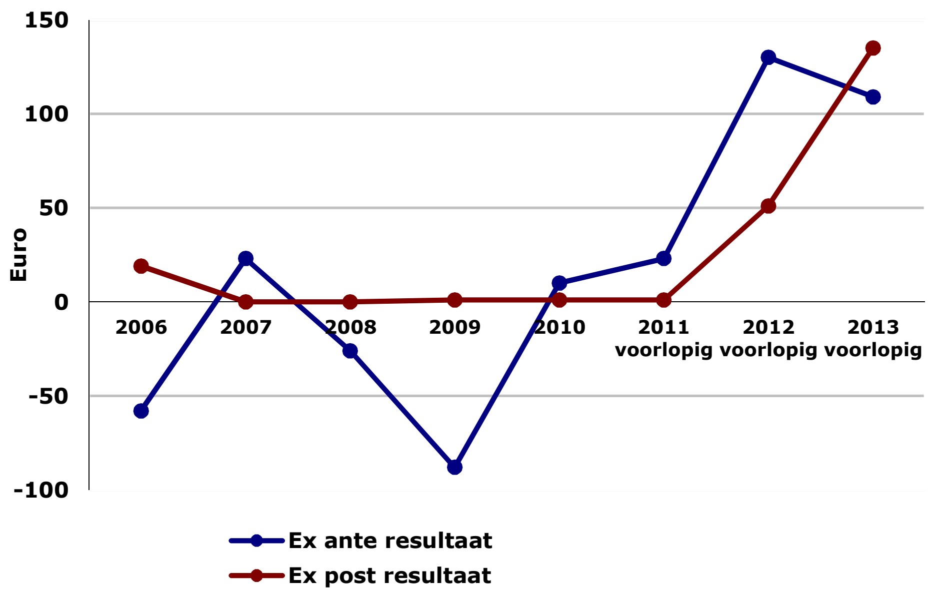
[4] Dit is de netto vereveningsbijdrage: normkosten – rekenpremie – geschat eigen risico

2.4.1 Resultaten risicoverevening

Zoals in paragraaf 2.3 beschreven, ontvangen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage om voor de verschillen in het risicoprofiel van hun verzekerden te compenseren. Het ex-ante resultaat is in grote lijnen de som van de nominale rekenpremie opbrengst, opbrengsten uit betalingen eigen risico en de ex-ante vereveningsbijdrage minus de schadelast exclusief afhandelingskosten (zie ook tabel 2.5.). Na afloop van het gegeven jaar worden ex-post compensaties toegepast op de vereveningsbijdrage. Het resultaat van verzekeraars inclusief deze ex post compensaties noemen we het ex-post resultaat. Het ex-post resultaat wordt pas vier jaar na het gegeven jaar definitief. De definitieve vaststelling 2011 is uitgesteld, omdat niet alle bestanden voor deze vaststelling zijn voorzien van een goedkeurende accountantsverklaring. Dit komt door onzekerheden over de rechtmatigheid van de declaraties medisch specialistische zorg en GGZ. De meest recente definitieve gegevens over het vereveningsresultaat zijn daarom van 2010.

In de onderstaande figuur en tabel wordt op deze ontwikkeling ingezoomd. Het betreft de definitieve vaststelling van de risicoverevening tot en met 2010 en de voorlopige vaststellingen over de jaren 2011 tot en met 2013.

Figuur 2.3. Gemiddeld resultaat zorgkosten risicoverevening (per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut Nederland, vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2.6. Resultaten risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Ex ante resultaat	-58	23	-26	-88	10	23	130	109
Macronacalculatie	58	-23	-26	26	-26	20	n.v.t.	n.v.t.
Extra middelen	20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Flankerend beleid afschaffing ex post compensaties	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	0	0
Hogekostencompensatie	0	0	0	0	0	0	0[6]	0[6]
Generieke verevening	0	0						
Nacalculatie	0	0	52	61	16	-42	-80	29
Bandbreedteregeling	-1	0	0	1	1	1	1	-2
Ex post resultaat zorgkosten	19	0	0	1	1	1	51	135
Resultaat no claim / verplicht eigen risico	0	0	-6	-6	-7	-11	-8	-11
Totaal ex post resultaat	19	0	-5	-6	-6	-10	43	124

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut Nederland, vaststelling vereveningsbijdrage)

We zien door de jaren heen een aantal ontwikkelingen in de vereveningsresultaten. Dit resultaat is inmiddels positief. Dit wordt mede veroorzaakt door de toenemende financiële risico's voor zorgverzekeraars. Het positieve resultaat van de ex ante verevening wijst erop dat zorgverzekeraars minder kosten hebben gemaakt dan ingeschat bij het vaststellen van de vereveningsbijdragen.

Tabel 2.6. is een totaal overzicht van de resultaten in de risicoverevening voor alle zorgverzekeraars bij elkaar. In de onderstaande tabellen (tabel 2.7 - 2.11) zijn de vereveningsresultaten onderscheiden naar de vier grote en de overige concerns[7].

In tabel 2.7 zien we duidelijker dat de resultaten van de ex ante risicoverevening in de loop der jaren positief geworden zijn. De kleinere concerns hebben sinds 2010 betere resultaten dan de grote vier concerns.

Tabel 2.7. Resultaat ex ante risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Grote 4 concerns	-55	23	-20	-86	10	20	127	105
Overige concerns	-97	20	-87	-102	14	50	160	144
Totaal	-58	23	-26	-88	10	23	130	109

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut Nederland, vaststelling vereveningsbijdrage)

In tabel 2.8. is het totaal effect van de ex-post compensaties weergegeven uitgesplitst naar de vier grote en overige concerns. De afgelopen jaren resulteerde de ex post compensaties, voor zowel de

[5] De cijfers over 2011 t/m 2013 zijn gebaseerd op een voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage, waarbij de definitieve schadelast en verevening nog niet vaststaat.
[6] De Hogekostencompensatie is in de eerste voorlopige vaststellingen 2012 en 2013 nog niet verwerkt, maar bedraagt op macroniveau € 0.
[7] De tabellen bevatten afrondingsverschillen ten opzicht van elkaar.

grote als de overige concerns, in een negatief bedrag per verzekerde (18+). In 2013 is het een positief bedrag per verzekerde (18+).

Tabel 2.8. Ex post compensaties zorgkosten (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Grote 4 concerns	75	-23	21	88	-8	-19	-77	28
Overige concerns	94	-23	81	86	-21	-47	-100	10
Totaal	77	-23	26	88	-9	-22	-79	26

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)

Op het ex-ante resultaat worden de ex-post compensaties toegepast. Het resultaat hiervan is weergegeven in tabel 2.9.

Tabel 2.9. Resultaat ex post zorgkosten risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Grote 4 concerns	21	0	1	2	2	1	50	133
Overige concerns	-3	-3	-6	-16	-8	2	60	153
Totaal	19	0	0	1	1	1	51	135

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut Nederland, vaststelling vereveningsbijdrage)

Het resultaat op het verplicht eigen risico is het verschil tussen de schade ten laste van het eigen risico waarmee in de vaststelling van de vereveningsbijdrage rekening is gehouden en de werkelijke schade ten laste van het eigen risico. De werkelijke schade leiden we af uit de financiële verantwoording van de zorgverzekeraars. De resultaten staan vermeld in tabel 2.10.

Tabel 2.10. Resultaat op no claim / verplicht eigen risico (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Grote 4 concerns	0	0	-6	-7	-7	-11	-9	-11
Overige concerns	3	4	-5	-4	-6	-10	-8	-12
Totaal	0	0	-6	-6	-7	-11	-9	-11

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage)) en zorgverzekeraars (jaarstaat, verantwoording schade ten laste van het eigen risico)

Tabel 2.11 betreft een weergave van het ex-post resultaat inclusief het resultaat op het verplichte eigen risico, uitgesplitst naar de vier grote en overige concerns. Deze tabel is dus feitelijk een optelsom van de gegevens uit de tabellen 2.9 en 2.10.

Tabel 2.11. Totaal ex post resultaat risicoverevening (in euro's per verzekerde 18+)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[5]	2012[5]	2013[5]
Grote 4 concerns	21	0	-5	-4	-5	-11	41	122
Overige concerns	0	1	-11	-21	-13	-8	52	141
Totaal	19	0	-5	-6	-6	-10	42	124

Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut, vaststelling vereveningsbijdrage) en zorgverzekeraars (jaarstaat, verantwoording schade ten laste van het eigen risico)

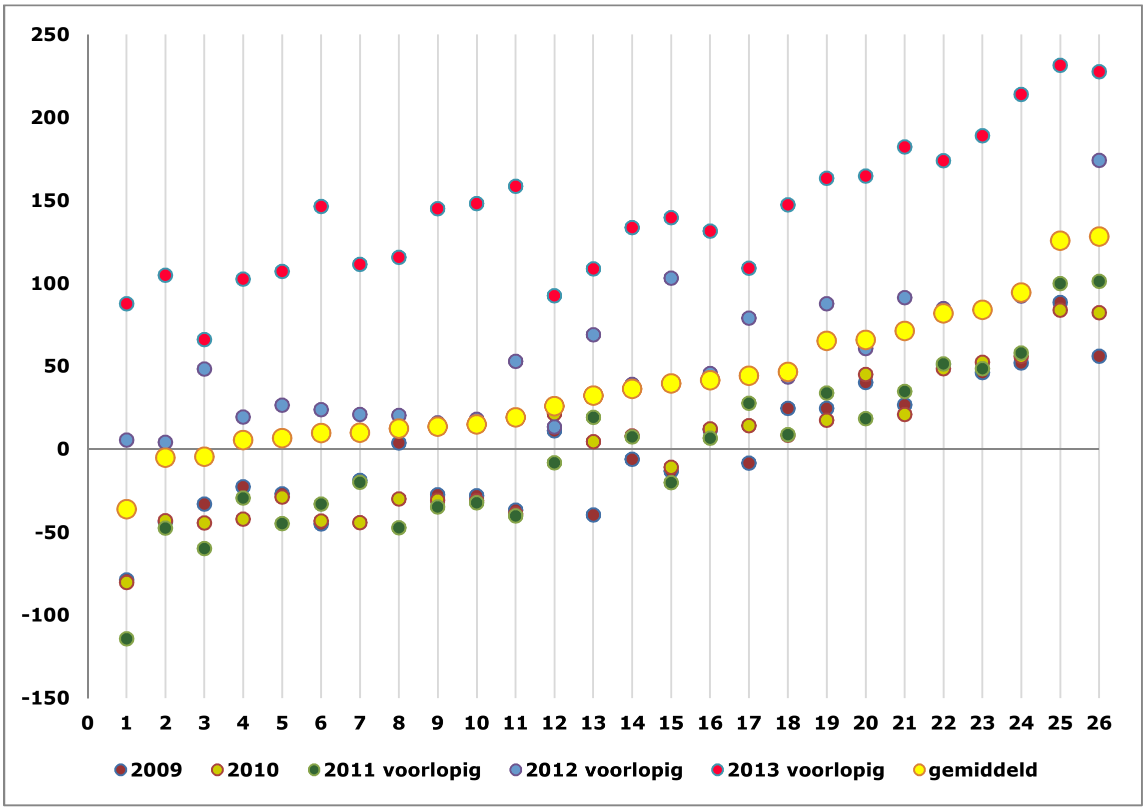
.

In bijlage 1 is het vereveningsresultaat apart weergegeven voor de vier grootste concerns en de overige concerns voor de aspecten macronacalculatie, extra middelen, flankerend beleid en ex-post compensaties.

In figuur 2.4 zijn de ex post resultaten op de risicoverevening per zorgverzekeraar weergegeven. Hieruit kan worden afgelezen in welke mate het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar verlies- of winstgevend is. In 2012 en 2013 hebben overigens alle zorgverzekeraars een positief resultaat behaald; in 2012 en 2013 waren de zorgkosten aanzienlijk lager dan vooraf was geraamd door het ministerie van VWS bij het vaststellen van het landelijk macrobudget voor de zorgkosten. Omdat per 2012 de macronacalculatie is afgeschaft vindt geen correctie meer plaats. Zorgverzekeraars maken dus direct winst of verlies op deze resultaten.

In de voorlopige resultaten 2012 en 2013 ontbreken nog de hogekostencompensatie voor de kosten GGZ van verzekerden van 18 jaar of ouder en de afloop van de schaderamingen voor nog te ontvangen declaraties. De zorgverzekeraars zijn weergegeven in volgorde van een laag naar hoog gemiddeld resultaat over 2009 tot en met 2013.

Figuur 2.4. Ex post resultaat risicoverevening per zorgverzekeraar (in euro's per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis van data van het Zorginstituut Nederland, vaststelling vereveningsbijdrage) en zorgverzekeraars (jaarstaat, verantwoording schade ten laste van het eigen risico)

Uit de figuur blijkt dat er aanzienlijke verschillen tussen zorgverzekeraars bestaan in de resultaten van de risicoverevening. Naast de opbouw van de verzekerdenpopulatie kan ook de zorginkoop een rol spelen in de verschillen in resultaat tussen zorgverzekeraars. Echter, ook binnen de

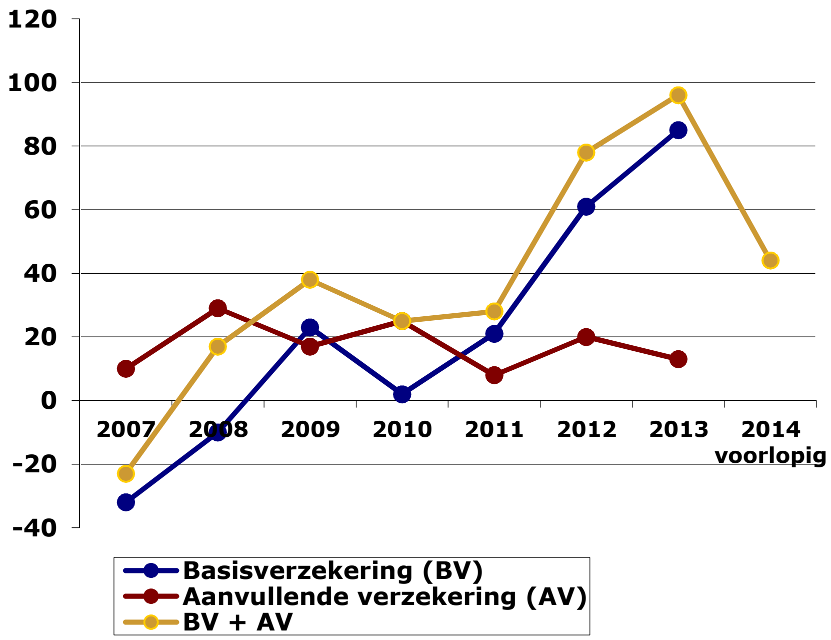
grotere concerns, die een centrale zorginkoop hebben, verschillen de resultaten per zorgverzekeraar aanzienlijk.

2.4.2 Exploitatieresultaat

Het exploitatieresultaat is het saldo van de opbrengsten (de omzet) en de schadelast en uitvoeringskosten uit de gewone bedrijfsvoering. De onderstaande figuur toont het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het totaal daarvan. Het exploitatieresultaat is geschoond voor beleggingsresultaten en resultaten uit andere bedrijfsactiviteiten.

In figuur 2.5. is het gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde weergegeven. In 2014 is het gemiddelde exploitatieresultaat per verzekerde (exclusief beleggingsopbrengsten) voor de BV + AV gedaald ten opzichte van 2012 en 2013 en bedraagt circa 1,5% van de schadelast (in 2012 en 2013 circa 3,4%). De zorgverzekeraars hebben de nominale premie in 2013 en 2014 gematigd om daarmee een deel van de gunstige resultaten uit voorgaande jaren terug te geven aan de verzekerden.

Figuur 2.5. Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV (in euro's per verzekerde 18+)



Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

De goede resultaten zijn ontstaan doordat de zorgkosten voor de BV aanzienlijk lager waren dan waarmee vooraf, bij de premievaststelling rekening is gehouden. De opbouw van de nominale premie en de ontwikkelingen daarin zijn opgenomen in hoofdstuk 4 van dit rapport.

In tabel 2.12 zijn de resultaten van de BV+AV uit figuur 2.5. uitgesplitst naar de vier grote concerns en overige concerns.

Tabel 2.12. Gemiddeld exploitatieresultaat BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde[8] (in euro's per verzekerde 18+)

Exploitatieresultaat Zvw + AV per verzekerde 18+	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grootste 4 concerns	41	24	25	78	100	48
Overige concerns	6	34	55	86	67	0
Totaal	38	25	28	78	96	44

Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

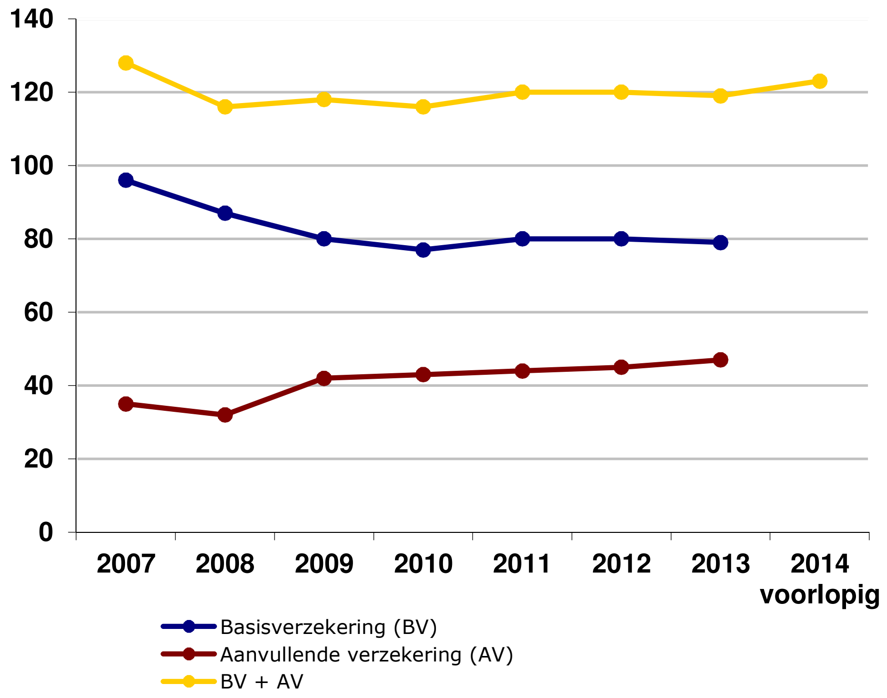
2.4.3 Bedrijfskosten

De bedrijfskosten zijn de kosten die zorgverzekeraars maken bij het uitvoeren van hun taken, exclusief de schadeafhandelingskosten[9]. De schadeafhandelingskosten basisverzekering zijn over 2014 gemiddeld ongeveer € 12 per verzekerde van 18 jaar of ouder.

De onderstaande figuur toont de gemiddelde bedrijfskosten per verzekerde van zorgverzekeraars op de basisverzekering (BV), de aanvullende verzekering (AV) en het gemiddelde daarvan. Over 2014 zijn nog geen gegevens beschikbaar die zijn uitgesplitst naar BV en AV.

[8] De gemiddelde exploitatieresultaten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot het gemiddelde exploitatieresultaat BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.
[9] De schadeafhandelingskosten zijn in de als bron voor de bedrijfskosten gebruikte verantwoording voor de Wet op het financieel toezicht (Wft) integraal opgenomen in de schadelasten. Via de jaarstaten Zvw van de zorgverzekeraars voor de risicoverevening heeft de NZa globaal inzicht in de schadeafhandelingskosten voor de basisverzekering.

Figuur 2.6. Gemiddeld bedrijfskosten per verzekerde 18+ BV, AV en BV+AV (in Euro's)



Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

In tabel 2.13 is de ontwikkeling van de bedrijfskosten weergegeven, nu uitgesplitst naar de resultaten van de vier grote concerns en die van de overige concerns. Te zien is dat de bedrijfskosten van de grotere concerns lager zijn dan die van de overige concerns.

Tabel 2.13. Gemiddelde ontwikkeling bedrijfskosten BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde [10] (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grote 4 concerns	115	115	119	118	118	120
Overige concerns	147	126	126	139	136	150
Totaal	118	116	120	119	119	123

Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

[10] De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

In de onderstaande tabel zijn de bedrijfskosten weergegeven als percentage van de premie-inkomsten.

Tabel 2.14. Bedrijfskosten als percentage van de premie-inkomsten[11] (BV+AV)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grote 4 concerns	4,3%	4,0%	4,2%	4,0%	3,9%	3,9%
Overige concerns	5,1%	4,5%	4,3%	5,0%	4,6%	5,2%
Totaal	4,3%	4,1%	4,2%	4,1%	4,0%	4,0%

Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

In tabel 2.14 is te zien dat de bedrijfskosten onder alle zorgverzekeraars naar verhouding ongeveer gelijk zijn gebleven met de afgelopen jaren. Opvallend is dat de kleinere concerns een stijging hebben ervaren van hun bedrijfskosten en bovendien nu significant hogere bedrijfskosten hebben dan de grote vier concerns. Over het geheel genomen zijn de bedrijfskosten ten opzichte van de premie-inkomsten marginaal gedaald sinds 2009.

2.4.4 Schadelast

De onderstaande tabel toont de ontwikkeling van de schade van zorgverzekeraars voor de basisverzekering (BV) en de aanvullende verzekering (AV) teruggerekend naar BV-verzekerde. Voor de vier grote concerns is de gemiddelde schadelast licht gestegen, terwijl deze voor de overige concerns licht is gedaald.

De schadelast wordt in deze paragraaf inclusief afhandelingskosten weergegeven, conform de definitie van De Nederlandsche Bank (DNB).

Tabel 2.15. Gemiddelde ontwikkeling schade BV + AV, teruggerekend naar BV-verzekerde [12] (in euro's per verzekerde 18+)

Per verzekerde 18+	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grote 4 concerns	2.549	2.716	2.701	2.725	2.804	2.869
Overige concerns	2.666	2.654	2.763	2.537	2.689	2.648
Totaal	2.560	2.711	2.707	2.706	2.793	2.846

Bron: NZa (op basis van data van DNB uit jaarstaten Wft, 2014 voorlopig, 4e kwartaalstaat Wft)

[11] De premie-inkomsten van ziektekostenverzekeraars bestaan uit de nominale premies, de ontvangsten uit het Zorgverzekeringsfonds en de premies voor de aanvullende verzekeringen.
[12] De gemiddelde bedrijfskosten voor BV en AV afzonderlijk kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld om tot de gemiddelde bedrijfskosten BV + AV te komen, maar dienen te worden herberekend op basis van het aantal BV-verzekerden.

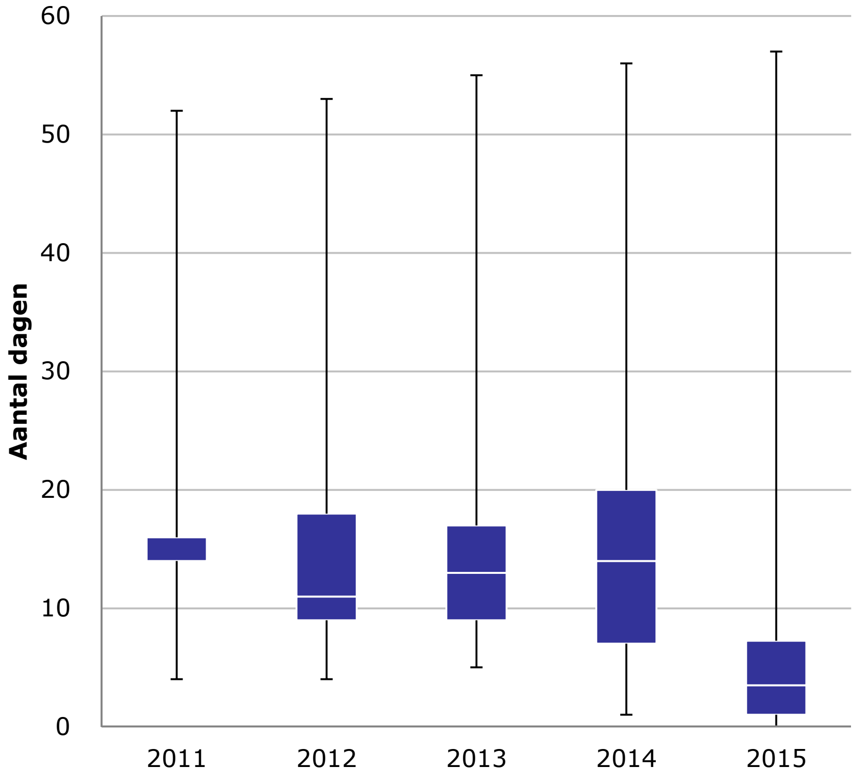
3. Marktgedrag

Dit hoofdstuk geeft een weergave van het marktgedrag van zorgverzekeraars. Het hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens:
- de datum van het bekendmaken van premies;
- de vraag naar en het aanbod van basisverzekeringen;
- individuele versus collectieve verzekeringen;
- aanvullende verzekeringen;
- polissen met beperkende voorwaarden ('budgetpolissen');
- het overstapgedrag van consumenten;
- herverzekering van eigen risico;

3.1 Publicatiedatum premies

Zorgverzekeraars moeten tenminste zes weken van te voren hun premies voor het komende jaar bekend maken aan hun verzekerden in het nieuwe polisaanbod. In de onderstaande figuur geeft de lijn de spreiding weer van hoeveel dagen voor de uiterste datum zorgverzekeraars de premie voor het betreffende jaar openbaar bekend hebben gemaakt. De rechthoek (box) in de grafiek bevat 50% van de premie-publicaties.

Figuur 3.1. Spreiding publicatiedatum premie <u>per zorgverzekeraar</u>; aantal dagen vóór de uiterste datum van 19 november van het voorafgaand jaar



Bron: Zorgverzekeraars; persberichten, websites (t/m 2012 ministerie van VWS[13])

DSW is jaarlijks de eerste zorgverzekeraar die de premie voor het komende jaar bekend maakt en doet dit al in september, een week na Prinsjesdag.

De figuur toont alleen de eerst bekend gemaakte premie per zorgverzekeraar. Dit betreft de polissen die al jaren op de markt zijn en per verzekeraar het grootst zijn qua aantal verzekerden. In de figuur is de laagste waarde in zowel 2014 als 2015 de publicatie van de premie door Anderzorg met respectievelijk een dag voor en op de uiterste datum.

Uit de grafiek blijkt dat de zorgverzekeraars in 2015 langer hebben gewacht om hun premie bekend te maken en dat de spreiding veel minder is dan in voorgaande jaren. In 2015 is door 50% van de zorgverzekeraars de premie tussen de 1 en 7 dagen voor de uiterste datum gepubliceerd. In 2014 lag dit tussen 7 en 20 dagen.

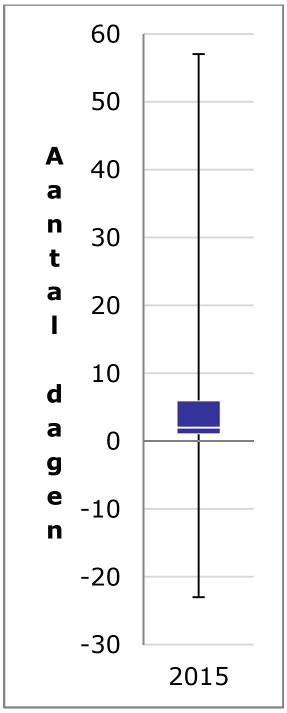
Steeds meer zorgverzekeraars hebben naast hun al langer bestaande polissen ook een lager geprijsde polis met beperkende voorwaarden op de markt gebracht. Voor veel van deze polissen lag het moment van publicatie van de premie tussen één dag en enkele uren voor het verstrijken van de uiterste datum. Bij één polis is na de uiterste datum de prijs opnieuw en lager vastgesteld. Drie nieuwe polissen voor 2015 zijn geïntroduceerd tussen 1 en 23 dagen na de uiterste datum voor de premie-bekendmaking van bestaande polissen.

---

[13] Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, met kenmerk Z-3102731, inzake Toezeggingen Algemeen Overleg Zvw 19 januari, d.d. 7 februari 2012.

De onderstaande figuur geeft op polisniveau de spreiding weer van hoeveel dagen voor of na (negatieve waarde) de uiterste datum voor bestaande polissen zorgverzekeraars de premie voor het betreffende jaar gepubliceerd hebben gemaakt.

Figuur 3.2. Spreiding publicatiedatum premie per polis; aantal dagen vóór of na de uiterste datum van 19 november van het voorafgaand jaar



3.2 Aanbod en vraag naar basisverzekeringen

Basisverzekeringen zijn te onderscheiden naar soort (natura, restitutie, combinatie) en naar de mate waarin zorgaanbieders zijn gecontracteerd.

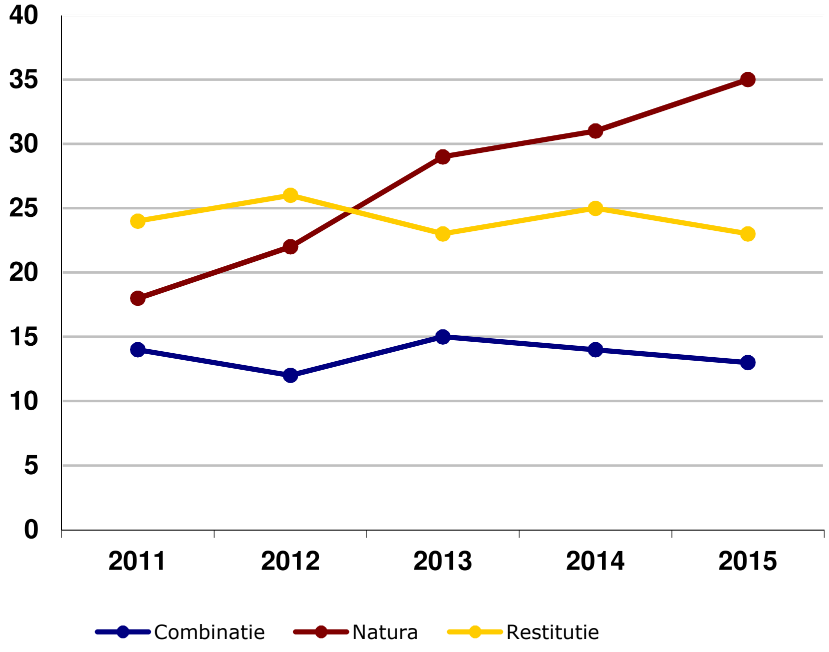
De aanspraak van de verzekerde hangt af van de soort polis:
- naturapolis: verzekerde heeft recht op zorg;
- restitutiepolis: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg en desgewenst bemiddeling naar zorg;
- combinatiepolis: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per soort zorg.

Bij gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders afgesloten, waarin afspraken over bijvoorbeeld prijs, kwaliteit, inhoud van de zorg en doelmatigheid zijn vastgelegd. De verzekerde moet zich bij gecontracteerde zorg tot een gecontracteerde zorgaanbieder wenden. Gaat de verzekerde vervolgens naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan kan de zorgverzekeraar de vergoeding beperken. In paragraaf 3.5. wordt nader ingegaan op de vergoedingen voor niet gecontracteerde zorg.

In 2015 zijn er 71 basisverzekeringen op de markt gebracht. De ontwikkeling in de aangeboden natura-, restitutie- en combinatiepolissen staat weergegeven in figuur 3.3.

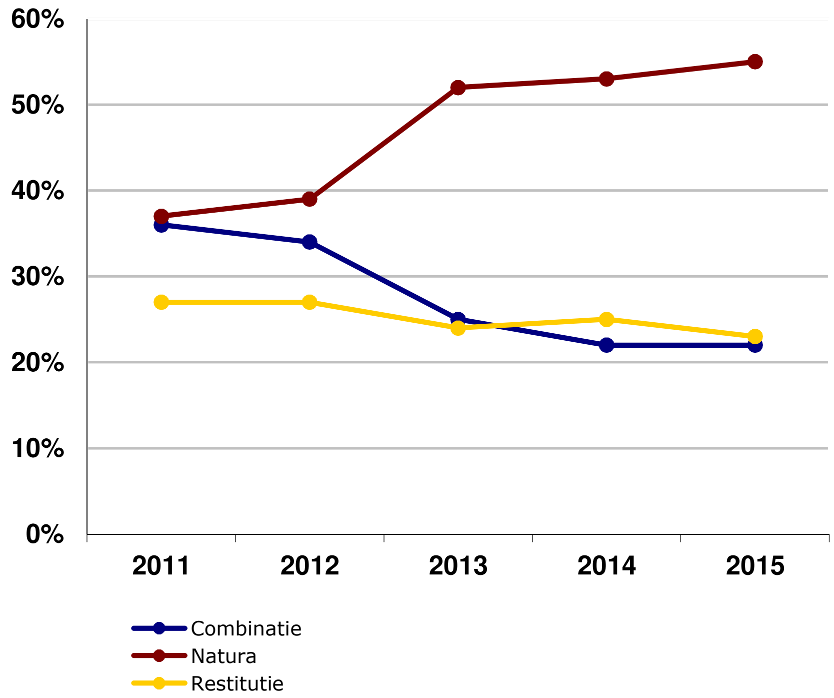
Figuur 3.3. Aanbod basisverzekeringen naar soort polis (in aantallen per soort)

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)



In figuur 3.4 is de vraag naar verschillende soorten verzekeringspolissen weergegeven.

Figuur 3.4. Vraag naar basisverzekeringen naar soort polis (percentage verzekerden per soort polis)



Bron: NZA op basis van NZA (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Het aanbod van naturapolissen blijft stijgen. Ten opzichte van 2014 worden in 2015 twee natura polissen niet meer aangeboden, zijn er vier nieuwe naturapolissen en zijn twee bestaande polissen als naturapolis aan te merken en niet meer als combinatiepolis.
Het percentage verzekerden met een naturapolis is opnieuw gestegen; van 53% in 2014 naar 55% in 2015.

In de tabellen 3.1 en 3.2. wordt nader op deze ontwikkeling ingezoomd en zijn vraag en aanbod per soort polis en contractering van zorg nader uitgesplitst. Bij de polissen met deels gecontracteerde zorg is vaak slechts een klein deel van de zorg niet-gecontracteerd.

Tabel 3.1. Aanbod polissen basisverzekering (aantal polissen per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2011	2012	2013	2014	2015
Combinatie	Deels gecontracteerd	8	7	10	9	9
	Gecontracteerd	6	5	5	5	4
	Subtotaal	14	12	15	14	13
Natura	Gecontracteerd	18	22	29	31	35
	Subtotaal	18	22	29	31	35
Restitutie	Deels gecontracteerd	7	8	12	15	3
	Gecontracteerd	5	6	5	5	6
	Niet-gecontracteerd	12	12	6	5	14
	Subtotaal	24	26	23	25	23
Totaal		56	60	67	70	71

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.2. Vraag naar polissen basisverzekering (percentage verzekerden per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2011	2012	2013	2014	2015
Combinatie	Deels gecontracteerd	8%	20%	20%	18%	18%
	Gecontracteerd	27%	13%	4%	4%	3%
	Subtotaal	36%	33%	25%	22%	22%
Natura	Gecontracteerd	37%	39%	52%	53%	55%
	Subtotaal	37%	39%	52%	53%	55%
Restitutie	Deels gecontracteerd	8%	8%	9%	12%	6%
	Gecontracteerd	6%	6%	5%	5%	6%
	Niet-gecontracteerd	13%	13%	9%	9%	11%
	Subtotaal	27%	27%	24%	25%	23%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit tabel 3.2. is ook af te leiden dat in totaal 64% van de verzekerden in 2015 heeft gekozen voor een polis met alleen gecontracteerde zorg en (afgerond) 25% voor een polis met deels gecontracteerde zorg.

In tabel 3.3. is opgenomen welk percentage van de zorgkosten Zvw volgens de polisvoorwaarden onder gecontracteerde zorg valt.

Tabel 3.3. Percentage zorgkosten Zvw per contractsoort

	2011	2012	2013	2014	2015
Gecontracteerd	82%	83%	83%	84%	83%
Deels gecontracteerd[14]	1%	0%	0%	0%	0%
Niet gecontracteerd	18%	17%	17%	16%	17%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten), Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag) en verantwoording Zorgverzekeraars lasten Zvw.

Uit de tabel blijkt dat vanaf 2011 het percentage gecontracteerde zorg nagenoeg gelijk is gebleven.

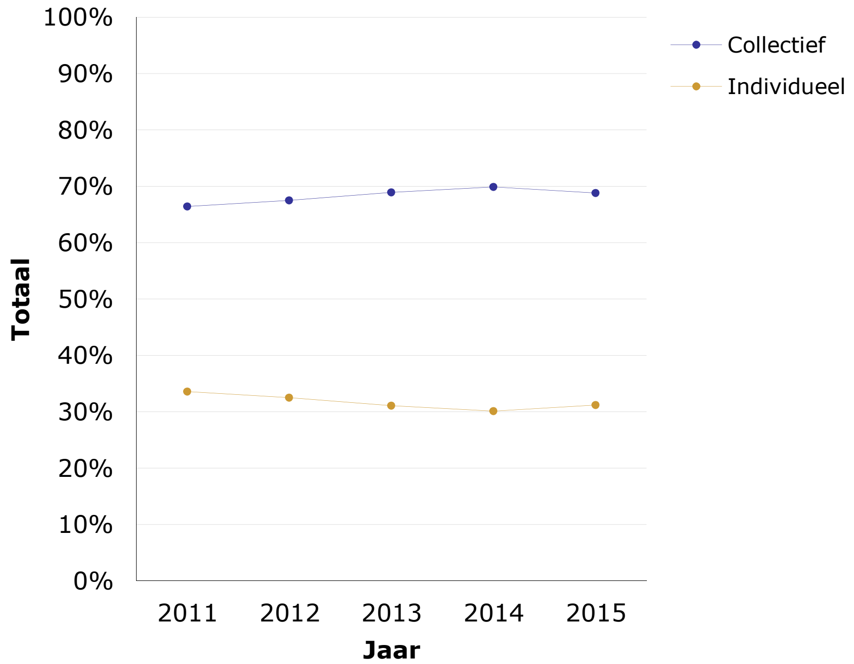
3.3 Individuele versus collectieve verzekeringen

Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van individuele versus collectieve verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- De ontwikkeling in het percentage verzekerden dat collectief en individueel is verzekerd;
- De collectiviteitgraad per zorgverzekeraar;
- De collectieve korting per soort collectiviteit;
- Een vergelijking van de prijs van een individuele verzekering en een collectieve verzekering.

[14] Het betreft zorgcategorieën, zoals mondzorg, waarvan een deel wel en een deel niet gecontracteerd is. Niet te verwarren met de tabellen met aanbod en vraag van polissen, waarin “Deels gecontracteerd” betekent dat de ene zorgcategorie, zoals mondzorg, niet is gecontracteerd, maar andere zorgcategorieën, zoals medisch specialistische zorg, wel zijn gecontracteerd. Na 2011 komt het niet meer voor dat een zorgcategorie deels gecontracteerde zorg betreft, zodat de tabel 0% aangeeft.

Figuur 3.5. Ontwikkeling percentage collectief en individueel verzekerden

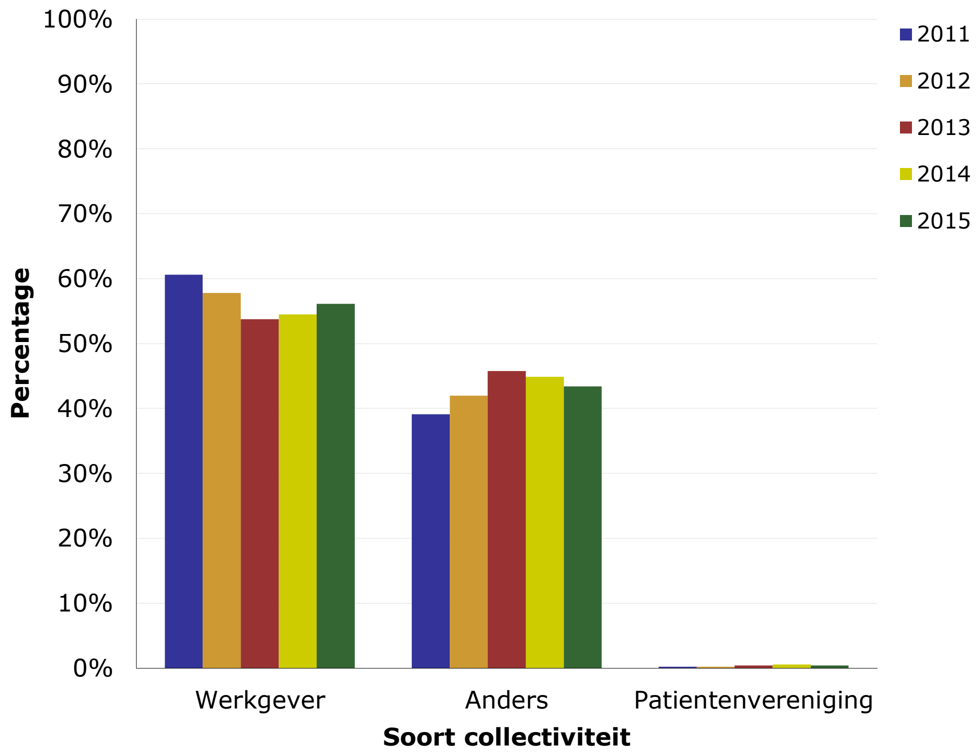


Bron: NZa (op basis van Vektis, Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Figuur 3.5. laat de ontwikkeling van het aantal collectief en individueel verzekerden zien. Uit deze figuur blijkt dat het aandeel collectief verzekerden in 2015 voor het eerst is gedaald. Van 2007 tot 2014 is het percentage collectief verzekerden met gemiddeld circa 2%-punt per jaar gestegen van 57% naar 70%.

De verdeling van de collectief verzekerden naar soort collectiviteit is weergegeven in de onderstaande figuur.

Figuur 3.6. Collectief verzekerden naar soort collectiviteit



Bron: NZa (Uitvraag collectiviteiten)

Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit is in 2015 met 15.000 toegenomen tot 56% (6,4 mln.) van de collectief verzekerden.

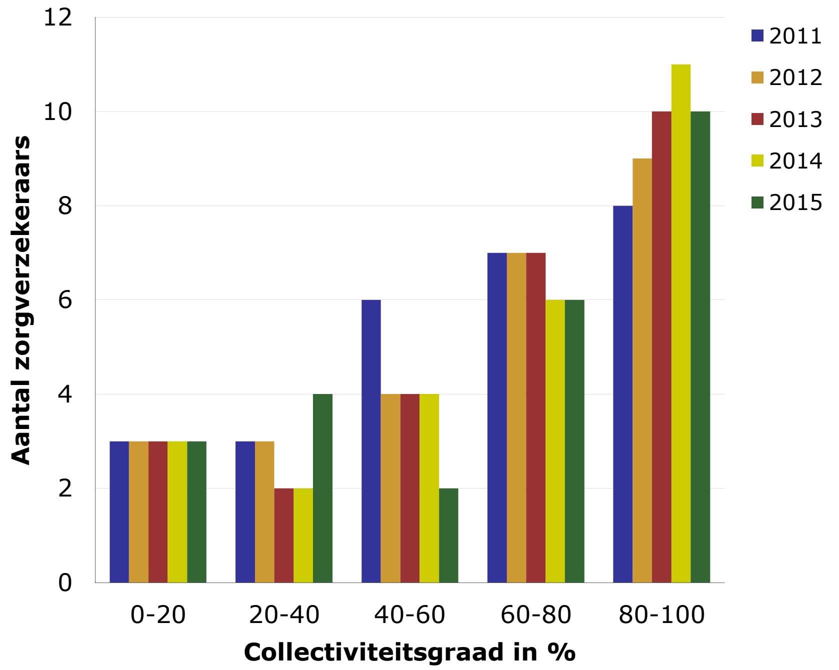
Voor het tweede jaar op rij sinds de invoering van de Zvw is het aandeel van gelegenheidscollectiviteiten (de categorie anders) gedaald. Het absoluut aantal verzekerden met een gelegenheidscollectiviteit is daarbij in 2015 met 310.000 afgenomen tot afgerond 4,9 mln.

Het aantal verzekerden dat is aangesloten bij een patiënten collectiviteit is al sinds de invoering van de Zvw minder dan 100.000 en bedraagt in 2015 circa 50.000.

De aanbieders van gelegenheidscollectiviteiten uit de categorie anders zijn onder meer koepelorganisaties, verenigingen, bonden, sociale diensten van gemeenten en aanbieders die hun collectieve zorgverzekeringen via internet aanbieden.

In figuur 3.7. zijn zorgverzekeraars in staffels ingedeeld naar de mate waarin hun verzekerden collectief zijn verzekerd. De mate waarin verzekerden collectief zijn verzekerd in relatie tot de individueel verzekerden wordt ook wel de collectiviteitsgraad genoemd.

Figuur 3.7. Zorgverzekeraars ingedeeld naar mate waarin verzekerden collectief zijn verzekerd.



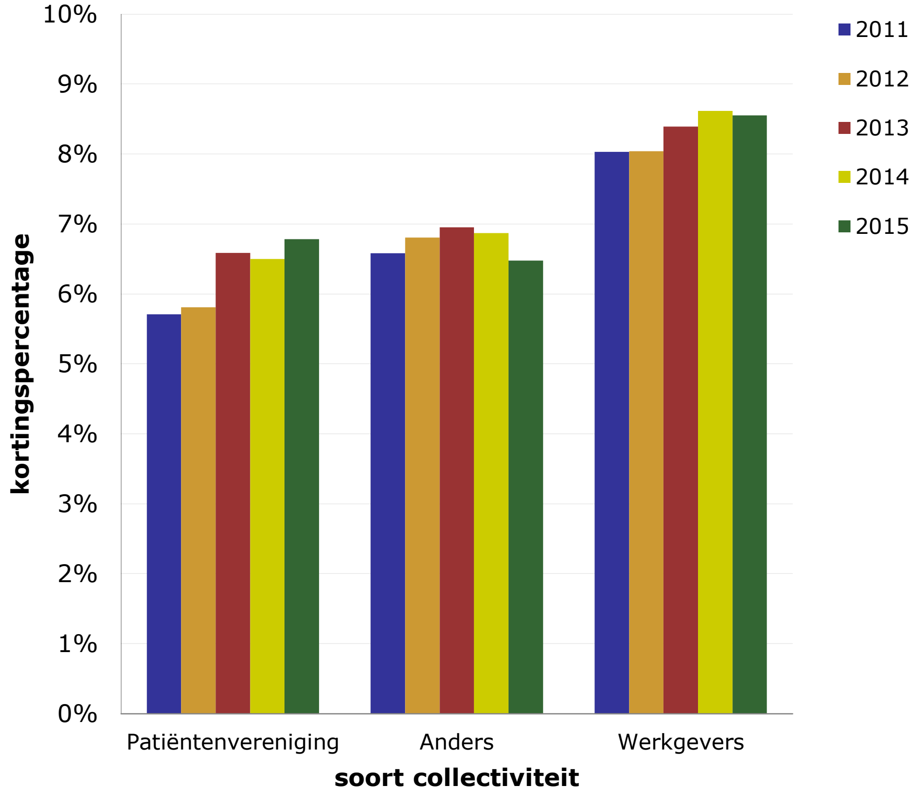
Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In 2015 hebben 18 van de 25 zorgverzekeraars meer dan 40% collectief verzekerden. Dit betekent dat zorgverzekeraars in hoge mate afhankelijk zijn van collectiviteiten in hun portefeuille. In 2015 is de gemiddelde collectiviteitsgraad voor het eerst (licht) gedaald.

In figuur 3.8. wordt per categorie collectiviteiten het gemiddelde kortingspercentage weergegeven ten opzichte van de nominale premie voor de basisverzekering. Aangezien weinig collectiviteiten met patiëntenverenigingen worden afgesloten, hebben relatief kleine wijzigingen voor die categorie een grote invloed op de gemiddelde collectiviteitskorting.[15]

[15] Omdat de laatste tabel een deelwaarneming van alleen de grootste collectiviteiten per zorgverzekeraar betreft, wijkt de berekeningswijze van het gemiddelde kortingspercentage enigszins af van de indicator collectieve korting per soort collectiviteit, waarin alle collectiviteiten zijn begrepen. De categorie 'Anders' uit die indicator is in deze figuur nader uitgesplitst voor de grootste contracten.

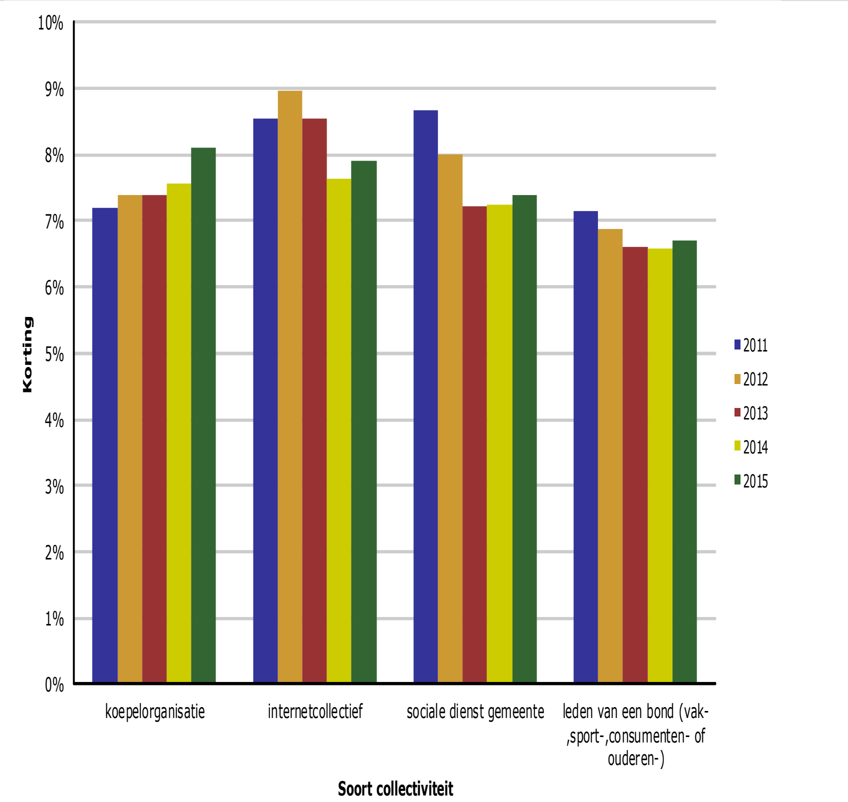
Figuur 3.8. Collectieve korting per soort collectiviteit



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

In figuur 3.9 zijn de kortingen voor de categorie `anders` verder uitgesplitst naar verschillende types collectieven.

Figuur 3.9. Collectieve korting per categorie 'anders'



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

In tabel 3.4 is een vergelijking gemaakt van de betaalde premie voor individuele verzekeringen en de (basispremie – kortingen =) betaalde premie voor collectieve verzekeringen. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn ook hierbij buiten beschouwing gelaten[16].

Tabel 3.4. Prijs individuele versus collectieve verzekering (gewogen gemiddelden)

		2011	2012	2013	2014	2015
Individueel verzekerden	Betaalde premie (= basispremie)	€ 1.245	€ 1.275	€ 1.262	€ 1.137	€ 1.195
Collectief verzekerden	Basispremie	€ 1.267	€ 1.299	€ 1.289	€ 1.168	€ 1.232
	Betaalde premie	€ 1.174	€ 1.201	€ 1.190	€ 1.080	€ 1.142
	Korting op basispremie	7,4%	7,5%	7,7%	7,5%	7,3%
	Korting t.o.v. individueel verzekerden	5,7%	5,8%	5,7%	5,0%	4,4%
Alle verzekerden	Betaalde premie	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098	€ 1.158

Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag)

Uit de tabel volgt dat, hoewel de basispremie voor collectieve verzekeringen gemiddeld hoger is dan voor individuele verzekeringen, de betaalde premie voor collectieve verzekeringen gemiddeld uiteindelijk lager is vanwege de korting die wordt verstrekt.

[16] In de door Vektis in april 2015 gepubliceerde 'Zorgthermometer' zijn de kortingen voor eigen risico wel opgenomen in de gemiddeld betaalde premies, zodat deze afwijken van de hier opgenomen tabel.

In tabel 3.4 valt op dat het relatieve verschil in betaalde premie tussen individuele en collectieve verzekeringen kleiner wordt. In 2015 betalen collectief verzekerden gemiddeld 4,4% minder premie dan individueel verzekerden. Individueel verzekerden hebben in 2015 (evenals in 2014) vaker gekozen voor een polis met een lager dan gemiddelde basispremie.

In onderstaande tabel wordt ingezoomd op het prijsvoordeel per soort collectief.

Tabel 3.5. Prijsvoordeel per jaar collectieve versus individuele verzekering (in euro)

Soort collectief	2011	2012	2013	2014	2015
Werkgevers	79	81	81	70	68
Patiëntenvereniging	50	52	57	46	46
Anders	61	65	61	50	42
Totaal	71	74	72	57	52

Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit tabel 3.5 blijkt dat werkgeverscollectiviteiten de hoogste korting bedingen op de basispremie. Het absolute prijsvoordeel is in 2015 opnieuw gedaald. Bij een aantal polissen krijgen collectief verzekerden met ingang van 2015 geen korting meer op de basisverzekering Daarnaast hebben individueel verzekerden, zoals vermeld bij de voorgaande tabel, weer vaker gekozen voor een polis met een lagere basispremie.

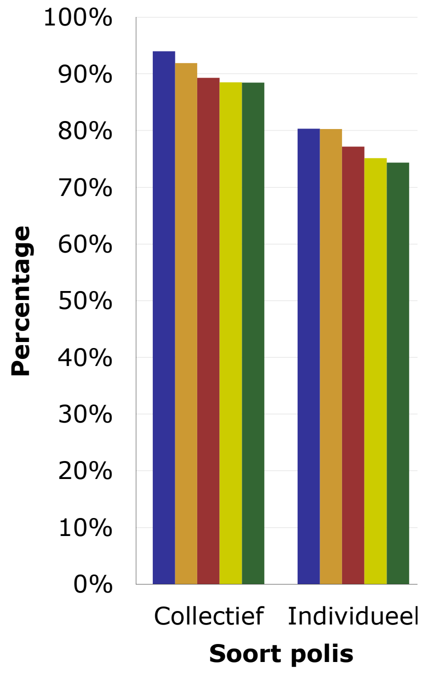
3.4 Aanvullende verzekeringen

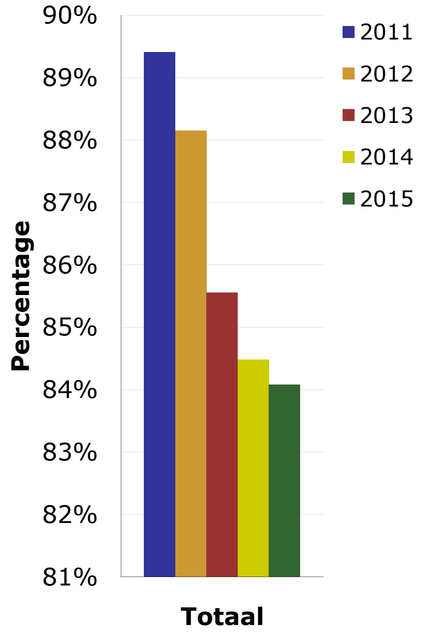
Deze paragraaf beschrijft enkele ontwikkelingen op het gebied van de aanvullende verzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:

- Het percentage aanvullend verzekerden per soort polis;
- Het aantal afgenomen aanvullend verzekeringen, uitgesplitst naar dekking mét en zónder mondzorg;
- Het percentage verzekerden dat een aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft dan zijn of haar basisverzekering;

Figuur 3.10 geeft het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering weer, opgesplitst naar collectief en individueel verzekerden. In de tweede figuur is te zien hoe het totaal aantal aanvullend verzekerden zich heeft ontwikkeld.

Figuur 3.10. Percentage aanvullend verzekerden per soort polis en totaal





Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In totaal heeft in 2015 84,1% van de Zvw-verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten, een afname van 0,4%-punt ten opzichte van 2014. Het percentage van zowel individueel als collectief verzekerden met een aanvullende verzekering neemt met de jaren af, maar is in 2015 voor collectief verzekerden vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2014. In totaal hebben 14,2 miljoen verzekerden in 2015 een aanvullende verzekering.

In onderstaande tabel is het aantal aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg weergegeven. Ongeveer driekwart van de aanvullend verzekerden heeft een dekking voor mondzorg.

Tabel 3.6. Aanvullend verzekerden met en zonder dekking voor mondzorg

	aanvullende verzekering	2012	2013	2014	2015
Aantal x 1mln.	Met mondzorg	11,2	10,4	10,4	10,4
	Zonder mondzorg	3,5	3,9	3,8	3,8
	Totaal	14,7	14,3	14,2	14,2
Percentage	Met mondzorg	76%	73%	73%	73%
	Zonder mondzorg	24%	27%	27%	27%
	Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Een klein deel van de verzekerden heeft alleen de aanvullende verzekering afgesloten bij een bepaalde zorgverzekeraar en de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar. Landelijk gaat het in 2013 en 2014 om 0,22% en in 2015 om 0,19% van de aanvullend verzekerden. Deze zijn inbegrepen in de bovenstaande tabel.

3.5 Polissen met beperkende voorwaarden ('budgetpolissen')

De laatste jaren bieden zorgverzekeraars meer polissen aan met beperkende voorwaarden, zoals selectieve contractering van zorgaanbieders en/of een lage vergoeding bij gebruik van niet gecontracteerde zorg. Bij deze polissen hebben verzekerden keuze uit een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders als zij zonder (hoge) eigen bijbetaling zorg willen krijgen. In 2008 was er één polis met beperkende voorwaarden; de Zekur Polis van Univé. Inmiddels zijn er meer van deze polissen op de markt gekomen.

Deze polissen verschillen allemaal van elkaar qua polisvoorwaarden. Recentelijk heeft de NZa een verdiepend onderzoek gepubliceerd over de inhoud van polissen met beperkende voorwaarden.[17] Daarin wordt ook nader ingegaan op de precieze voorwaarden van deze polissen. In deze paragraaf zijn een aantal globale kenmerken en getallen opgenomen over het gebruik van de onderzochte polissen met beperkende voorwaarden.[18]

Bij veel van deze polissen zijn zorgaanbieders selectief gecontracteerd. Beperking van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders komt het meest voor bij medisch specialistische zorg en hulpmiddelen. Ook voor verbandmiddelen, enkele specifieke vormen van GGZ en herhaalmedicatie is in sommige gevallen selectief gecontracteerd.

Bij polissen met beperkende voorwaarden verschilt de vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg per polis; deze varieert van 50% tot 80% van het wettelijk maximale of het marktconforme tarief. Bij de naturapolissen zonder selectieve contractering is dit vergoedingspercentage doorgaans 75% tot 80%.

[17] 17 zorgpolissen nader bekeken in relatie tot zorgplicht, NZa, juni 2015
18 Naast polissen met een selectieve contractering zijn er in 2015 een paar polissen op de markt die weliswaar geen selectieve contractering kennen ten opzichte van 'gewone' natura-polissen, maar wel een vergoedingspercentage van minder dan 75% bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg.

Polissen met beperkende voorwaarden behoren in sommige gevallen tot de polissen met de laagste basispremie, maar zijn daarin niet uniek. Binnen de prijsrange van deze polissen zijn in 2015 ook naturapolissen zonder beperkende voorwaarden en zelfs enkele restitutiepolissen te vinden. Er zijn ook polissen met beperkende voorwaarden die duurder zijn dan het gemiddelde.

In de onderstaande tabellen (3.7 en 3.8) wordt de ontwikkeling van aanbod en vraag van eerder genoemde zeventien polissen[19] met beperkende voorwaarden beschreven. Ruim 1,25 mln. verzekerden hebben één van deze polissen afgesloten. Dit impliceert dat het percentage verzekerden met een dergelijke polis in 2015 is toegenomen tot 7,5% van alle verzekerden.

Tabel 3.7. Aanbod polissen met beperkende voorwaarden

Soort polis	2011	2012	2013	2014	2015
Polis met beperkende voorwaarden	5	8	10	12	17

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Tabel 3.8. Vraag naar polissen met beperkende voorwaarden

Soort polis	2011	2012	2013	2014	2015
Polis met beperkende voorwaarden	1,1%	1,7%	3,3%	4,4%	7,5%

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit de tabellen volgt dat zowel het aantal polissen met beperkende voorwaarden, als het aantal verzekerden dat gebruik maakt van deze polissen jaarlijks toeneemt.

In de onderstaande tabel is de gewogen gemiddeld betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen weergegeven voor de verschillende soorten polissen. De polissen met beperkende voorwaarden zijn apart weergegeven.

Tabel 3.9. Prijs per soort polis (in euro)

Soort polis	2011	2012	2013	2014	2015
Combinatie niet-budget	1.198	1.214	1.208	1.116	1.148
Natura niet-budget	1.202	1.239	1.215	1.089	1.174
Polis met beperkende voorwaarden	1.112	1.154	1.143	1.004	1.056
Restitutie	1.199	1.228	1.223	1.117	1.169
Totaal	**1.199**	**1.226**	**1.213**	**1.098**	**1.158**

Bron: NZa op basis van Vektis (Mobiliteit en Keuzegedrag) en NZa (uitvraag collectiviteiten)

De tabel laat zien dat verzekerden duidelijk minder premie betalen voor een polis met beperkende voorwaarden dan voor de andere soorten polissen. De tabel laat overigens ook zien dat er weinig verschil in prijs is tussen een restitutiepolis en een naturapolis. In 2015 hebben verzekerden zelfs zo gekozen dat de gewogen gemiddeld betaalde prijs voor een restitutiepolis lager is dan voor een gewone natura polis.

[19] 17 zorgpolissen nader bekeken in relatie tot zorgplicht, NZa, juni 2015

3.6 Overstapgedrag

Deze paragraaf beschrijft het overstapgedrag en de ontwikkeling daarin. Achtereenvolgens komt aan bod:
- kwantitatieve gegevens over overstapgedrag
- redenen om wel of niet over te stappen

3.6.1 Kwantitatieve gegevens overstappers

De NZa definieert overstap als het veranderen van zorgverzekeraar (risicodrager). Een overstap kan betekenen dat een consument overstapt naar een zorgverzekeraar binnen hetzelfde concern. Indien een verzekerde overstapt bij een zorgverzekeraar van het ene label naar het andere label van diezelfde zorgverzekeraar wordt dit niet als een overstap geregistreerd. Als een collectiviteit in zijn geheel overstapt van een zorgverzekeraar naar een andere zorgverzekeraar, wordt het als overstap van elk lid van de collectiviteit opgevat.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2011-2015 weergegeven hoeveel verzekerden in totaal bij een andere zorgverzekeraar (risicodrager) zijn ingestroomd, zowel in aantallen als in percentages. De NZa hanteert de instroom als indicator voor overstapgedrag.

Tabel 3.10. Instroom verzekerden

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal verzekerden instroom (in mln.)	0,9	1,0	1,4	1,2	1,2
Totaal blijvers (in mln.)	15,7	15,7	15,3	15,6	15,6
Tot aantal verzekerden (in mln.)	16,6	16,7	16,7	16,8	16,8
Instroom %	**5,5%**	**6,0%**	**8,3%**	**6,9%**	**7,3%**
Blijvers %	94,5%	94,0%	91,7%	93,1%	92,7%

Bron: NZa op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2011-2013) en Vektis/VECOZO Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014-2015)

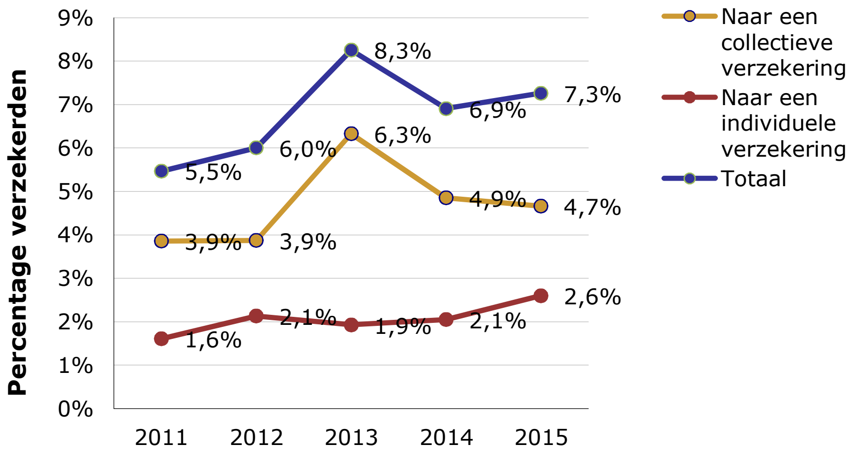
Uit de tabel volgt dat het percentage overstappers in 2015 weer stijgt na een daling in 2014. Per 2015 zijn 1,22 mln. verzekerden overgestapt tegen 1,16 mln. per 2014.

Vektis presenteert in de Zorgthermometer 'Verzekerden in beeld 2015'[20] drie varianten van het overstapcijfer 2014/2015. Het overstapcijfer exclusief de overstap van collectiviteiten bedraagt 6,8%, inclusief collectiviteiten 7,3% (conform tabel 3.10.) en op concernniveau en exclusief collectiviteiten 6,1%.

Figuur 3.11. toont de ontwikkeling van het percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Hierin wordt onderscheid gemaakt naar verzekerden die zijn overgestapt naar een collectieve zorgverzekering en verzekerden die zijn overgestapt naar een individuele zorgverzekering.

[20] Bron: Vektis, Zorgthermometer 'Verzekerden in beeld 2015', april 2015.

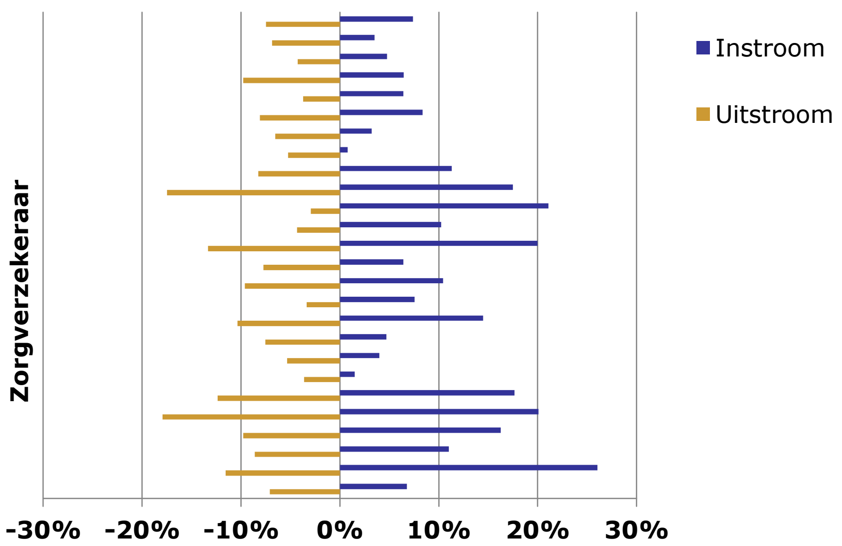
Figuur 3.11. Percentage verzekerden dat jaarlijks instroomt bij een andere zorgverzekeraar



Bron: NZa (op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag (2011-2013) en Vektis/VECOZO Aanlevering Verzekerden Gegevens (2014-2015)).

Onderstaande figuur toont per zorgverzekeraar de uitstroom en de instroom van 2014 op 2015 als percentage van het aantal verzekerden eind 2014.

Figuur 3.12. Percentage in en uitstroom van verzekerden per zorgverzekeraar



Bron: NZa (op basis Vektis uitvraag Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

De instroom en uitstroom van verzekerden van 2014 op 2015 zijn per zorgverzekeraar uitgedrukt in een percentage van het aantal verzekerden per eind 2014. De grootste uitstroom bedraagt 18% bij een zorgverzekeraar. De grootste instroom in de figuur bedraagt 26%. Dit betreft voor een groot deel de instroom van een collectiviteit.

In tabel 3.11.is een berekening opgenomen van de overstapwinst en de prijsgevoeligheid. De prijsgevoeligheid of ook wel de prijselasticiteit genoemd, geeft de relatieve (procentuele) verandering van de gevraagde hoeveelheid aan als gevolg van een relatieve (procentuele) prijsverandering van dat goed. Met deze uitkomst kan een inschatting worden gemaakt of een prijsverandering leidt tot een stijging van de omzet of juist tot een omzetdaling. Hoe hoger de absolute waarde is van

de prijsgevoeligheid, hoe feller consumenten reageren op een prijswijziging. Over het algemeen is deze reactie tegengesteld aan de prijsontwikkeling. Dus bij een premiestijging zullen verzekerden wegtrekken naar andere verzekeraars, terwijl bij een premiedaling het aantal verzekerden zal toenemen.

In deze tabel is overstappen ruimer gedefinieerd dan een verandering van zorgverzekeraar. Het betreft hier overstappen tussen het individueel of collectief afsluiten van dezelfde polis, het afsluiten van een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar of het helemaal overstappen naar een andere zorgverzekeraar, al dan niet binnen hetzelfde concern.

Tabel 3.11. Prijsgevoeligheid overstappen

	2011	2012	2013	2014	2015
Ongewogen gemiddelde premie (vóór overstappen)	€ 1.214	€ 1.243	€ 1.232	€ 1.111	€ 1.168
Gewogen gemiddelde premie (vóór overstappen)	€ 1.201	€ 1.229	€ 1.217	€ 1.102	€ 1.163
Gewogen gemiddelde premie (na overstappen)	€ 1.199	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098	€ 1.158
Totale overstapwinst x 1 miljoen	€ 35,8	€ 39,7	€ 52,6	€ 54,2	€ 69,0
Prijsgevoeligheid	-1,6	-1,8	-2,3	-1,3	-1,3

Bron: NZa op basis van NZa (Modelovereenkomsten en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit de tabel volgt dat de consumenten in 2015 € 69 miljoen aan premiegelden voor de basisverzekering hebben bespaard door over te stappen naar een andere polis (en/of collectiviteit/zorgverzekeraar) die in 2015 lager is geprijsd dan waarvoor hun vorige polis in 2015 wordt aangeboden. De prijsgevoeligheid van -1,3 betekent dat een premieverhoging van 1% van een gemiddelde polis (terwijl de prijs van andere polissen gelijk blijft) leidt tot een afname van de vraag naar die polis van 1,3%.

3.6.2 Redenen om niet over te stappen

Uit onderzoek van Nivel[21] blijkt dat iets minder dan de helft (46%) van de mensen die niet gewisseld zijn van zorgverzekeraar, blijft bij de huidige zorgverzekeraar vanwege tevredenheid over de dekking van de totale polis. In de top drie van redenen om niet te wisselen, staat verder: 'ik zit al heel lang bij deze zorgverzekeraar' (30%) en 'ik ben tevreden over de service van mijn zorgverzekeraar' (20%). Deze top drie is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Mensen kunnen ook belemmeringen ervaren om over te stappen. Een van deze belemmeringen is dat men bang is voor (administratieve) problemen bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. In 2013 kruiste 8% dit als reden aan om niet over te stappen, in 2014 4% en in 2015 is dit verder gedaald tot 2%.

3.6.3 Redenen om wel over te stappen

Alhoewel de hoogte van de totale premie nog steeds de meest genoemde reden is om over te stappen, wordt dit veel minder vaak genoemd dan in de voorgaande jaren. De premie van de basisverzekering en de premie van de aanvullende verzekering stonden in 2013 en 2014 samen met de totale premie in de top 3 van redenen om te wisselen, maar staan daar in 2015 niet meer in. In 2015 staat de reden 'Omdat ik verwacht dat

[21] Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis. Utrecht: NIVEL, 2015

mijn zorggebruik anders is' op tweede plek (14%), gevolgd door de reden 'Ik wilde gaan deelnemen aan een collectieve zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar' (14%).[22]

3.7 Herverzekering verplicht en vrijwillig eigen risico

Alle verzekerden van 18 jaar of ouder hebben in 2015 een verplicht eigen risico van € 375. Dit betekent dat verzekerden van hun zorgkosten de eerste € 375 zelf moeten betalen. Daarnaast kunnen zij in ruil voor een premiekorting een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 kiezen. Dit betekent dat de maximale hoogte van het eigen risico € 875 bedraagt. De zorgkosten worden eerst ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico gebracht en pas daarna ten laste van de zorgverzekering. Enkele zorgkosten zoals huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg zijn uitgesloten van het eigen risico.

Het eigen risico kan worden herverzekerd. Bij een herverzekering van het eigen risico hoeft de polishouder geen eigen risico te betalen wanneer hij zorg ontvangt. Herverzekering van het eigen risico is voor zorgverzekeraars interessant wanneer zij op die manier een (voorspelbaar) debiteurenrisico kunnen beperken.

Dit speelt met name bij collectieve verzekeringen voor minima en seizoenarbeiders. Bij deze groepen is er een groot risico op wanbetaling wanneer zorgkosten ten laste van het eigen risico worden gebracht. Een verzekerde met een laag inkomen is soms niet bij machte om een eigen risico van € 375 op te brengen. In het geval van seizoenarbeiders en expats is de kans groot dat de verzekerde niet meer in Nederland is wanneer de zorgverzekeraar een declaratie ontvangt. Het incasseren van het eigen risico in het woonland van de seizoenarbeider kan dan erg moeizaam worden. Herverzekering van het verplicht eigen risico voorkomt dit soort betalingsproblemen. Ditzelfde geldt ook voor zeevarenden, aangezien zij het merendeel van het jaar overzees zijn.

Zorgverzekeraars bieden om bovenstaande redenen voor werkgeverscollectiviteiten voor seizoenarbeiders een herverzekering van het eigen risico. Via de gemeenten kunnen uitkeringsgerechtigden en minima gebruik maken van een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie om zich tegen het eigen risico te verzekeren. Via de CAO voor zeevarenden is geregeld dat onder voorwaarden de herverzekering van het eigen risico voor risico van de werkgever komt.

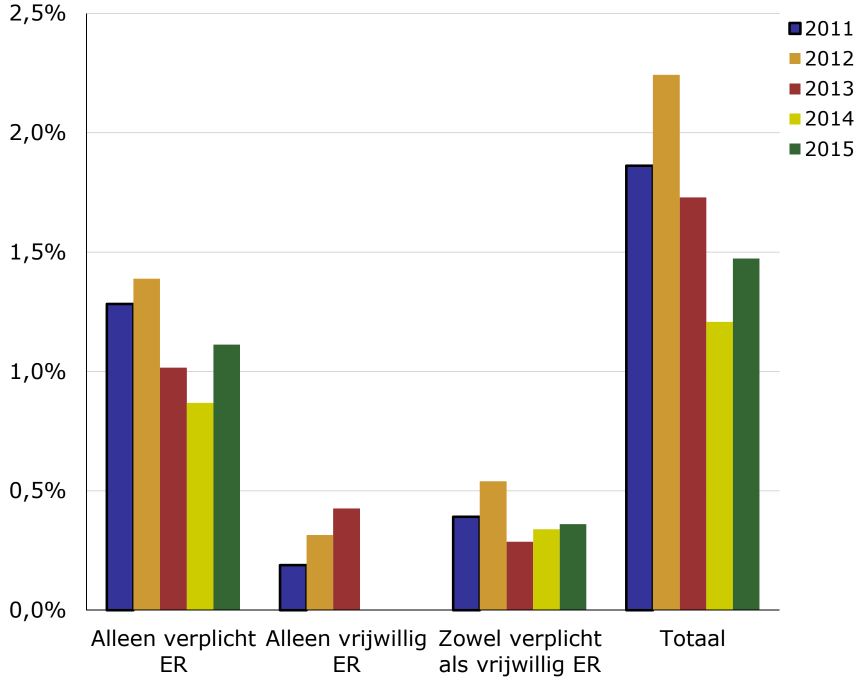
Tot en met 2013 werd herverzekering van het eigen risico ook aangeboden aan studenten. De reden om dat te doen lag niet in het feit dat er sprake is van een hoog debiteurenrisico, maar om een zo laag mogelijke premie te kunnen rekenen. Hierbij werd ook het maximaal vrijwillig eigen risico herverzekerd. Doordat studenten gemiddeld weinig zorg consumeren kan dit tegen een lage herverzekeringspremie. Dit herverzekeren voor studenten is ongewenst, omdat hiermee via een omweg het verbod op premiedifferentiatie wordt omzeild en de solidariteit van het stelsel wordt aangetast. Om deze reden bieden zorgverzekeraars de herverzekering van het eigen risico voor studenten per 2014 niet langer aan.

Figuur 3.13. geeft het percentage verzekerden weer waarvan het verplicht en/of vrijwillig eigen risico is herverzekerd. Figuur 3.14. zoomt in op de categorieën van verzekerden met een herverzekering van het

[22] Reitsma-van Rooijen, M., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. de. Vrije keuze van zorgaanbieders van belang bij het kiezen van een polis. Utrecht: NIVEL, 2015

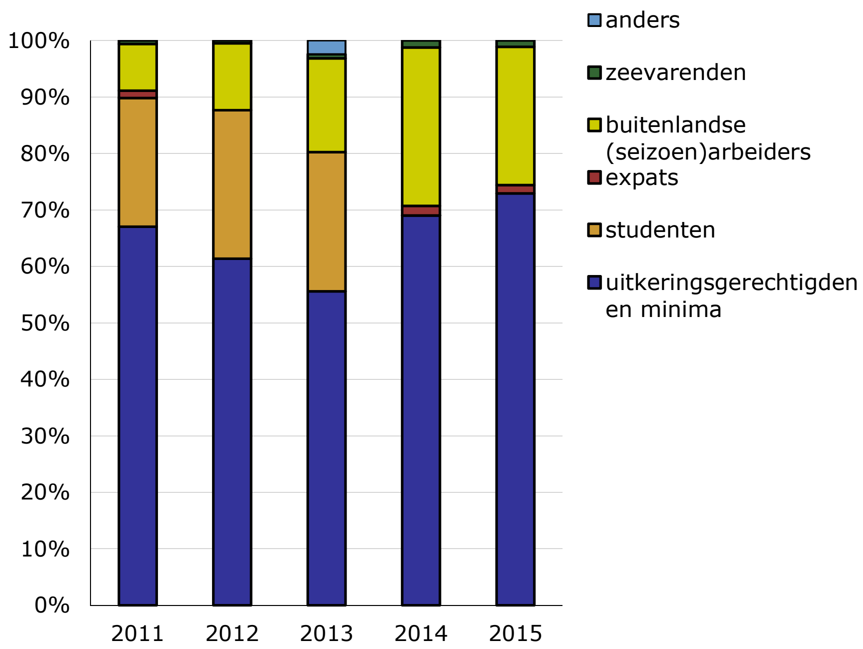
eigen risico, te weten de: zeevarenden, buitenlandse (seizoen)arbeiders, expats, uitkeringsgerechtigden, minima en (tot en met 2013) studenten.

Figuur 3.13. Percentage verzekerden (18+) met herverzekering van het eigen risico



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Figuur 3.14. Verdeling verzekerden met herverzekering eigen risico naar categorie



Bron: NZa (uitvraag collectiviteiten)

Uit figuur 3.13. blijkt dat het percentage verzekerden met herverzekering van het eigen risico in 2015 is toegenomen na een afname in 2014. De toename bedraagt 32%. De groei zit bijna volledig in collectieve contracten met gemeenten voor uitkeringsgerechtigden en minima. Uit de uitvraag collectiviteiten blijkt dat er per februari 2015 197.583 (2014 161.071[23]) verzekerden zijn met herverzekering van het eigen risico. Daarvan betreft 73% uitkeringsgerechtigden en minima en 24% buitenlandse seizoenarbeiders.

[23] In de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 is abusievelijk vermeld dat er per februari 2014 nog 111.140 verzekerden zijn met herverzekering van het eigen risico. Dit betreft echter niet het totaal, maar alleen de groep uitkeringsgerechtigden en minima.

4. Betaalbaarheid

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in omzet, prijs en (vrijwillig) eigen risico. De eerste paragraaf 'Omzet' geeft de omzet weer van de ziektekostenverzekeraars[24] en daarmee de totale betalingen van nominale premie, procentuele premie en eigen risico. De tweede paragraaf 'Prijs' geeft de nominale betalingen per verzekerde weer. De derde paragraaf gaat in op de opbouw van de nominale premie. Dit hoofdstuk eindigt met een paragraaf over het vrijwillig eigen risico en de premiekorting bij een eigen risico.

4.1 Omzet

In deze paragraaf staat de totale omzet van ziektekostenverzekeraars (AV + BV).

De tabel hieronder is de omzet uit het basisverzekeringsdeel uitgesplitst naar nominale premie, verplicht eigen risico en uitkering van het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Ten tijde van dit schrijven was er nog geen data beschikbaar over de premieomzet voor de aanvullende verzekeringen in 2015.

Tabel 4.1. Omzet BV + AV (in miljarden euro)

Soort	2011	2012	2013	2014	2015
Nominale premie	15,9	16,7	16,9	16,4	16,3
Eigen risico	1,6	2,0	2,9	3,1	3,2
Overige baten		0,1	0,2	0,0	0,0
Uitkeringen ZVF	19,8	19,9	20,6	21,9	23,0
Subtotaal basisverzekering	37,3	38,7	40,6	41,5	42,5
Premie aanvullende verzekeringen	4,6	4,7	4,4	4,4	n.a.
Totaal	41,9	43,4	45,0	45,9	

Bron basisverzekering: ministerie van VWS (Financieel Beeld Zorg)
Bron aanvullende verzekeringen: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wft); laatst vermelde jaar op basis NZa raming premiestijging of-daling en mutatie aantal aanvullend verzekerden (op basis Vektis Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Uit de omzetgegevens is te herleiden dat de totale omzet al een aantal jaar toeneemt. Ook zien we binnen de omzet al een aantal jaar een kleine verschuiving van de opbrengsten uit nominale premie naar eigen betalingen en inkomsten uit het Zorgverzekeringsfonds (risicoverevening).

4.2 Prijs

Deze paragraaf zoomt in op verschillende aspecten van de premie voor zorgverzekeringen. Achtereenvolgens komt aan bod:
- de gemiddeld betaalde nominale premie;
- de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie;
- de spreiding van de gewogen gemiddeld betaalde premie;
- de ontwikkeling van nominale betalingen van verzekerden;

[24] Ziektekostenverzekeraars: zorgverzekeraars en aanvullende ziektekosten verzekeraars

− de oorzaak van de mutatie in de nominale betalingen.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2011 – 2015 de gemiddeld betaalde nominale premie opgenomen, zowel voor individueel verzekerden als voor collectief verzekerden. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en betalingskortingen bij vooruitbetaling zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.[25]

Tabel 4.2. Gemiddeld betaalde nominale premie per jaar (in euro)

	2011	2012	2013	2014	2015
Individueel verzekerden	1.245	1.275	1.262	1.137	1.195
Collectief verzekerden	1.174	1.201	1.190	1.080	1.142
Alle verzekerden	1.199	1.226	1.213	1.098	1.158

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

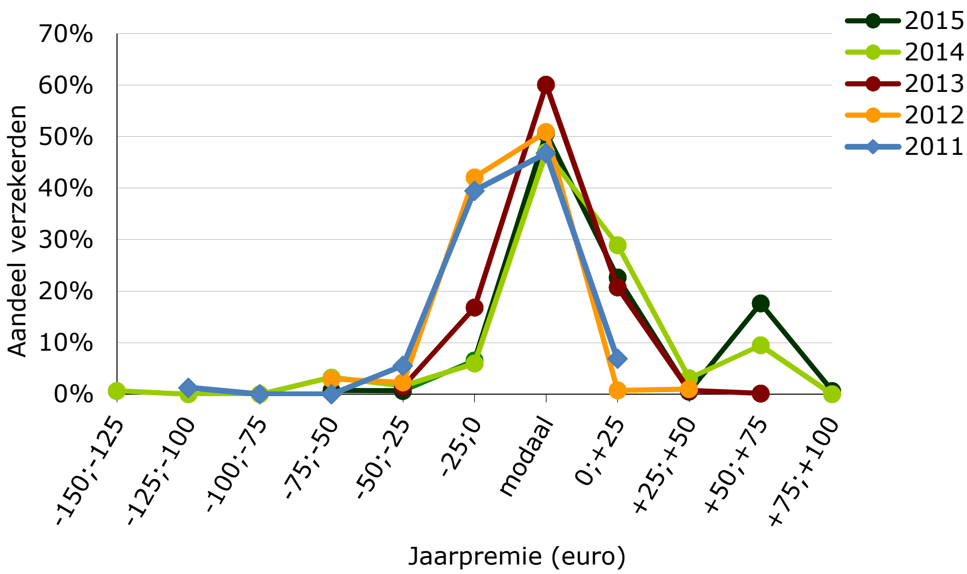
De gemiddeld betaalde premie (inclusief collectiviteitskortingen) is gestegen van € 1.098 in 2014 naar € 1.158 in 2015. Individueel verzekerden betalen al jaren gemiddeld iets meer premie dan mensen met een collectieve verzekering.

De inkomensafhankelijke bijdrage als onderdeel van de premie wordt in tabel 4.1. weergegeven onder de kop uitkeringen ZVF. Dit bedrag is jaarlijks ongeveer gelijk aan de hoogte van de nominale premie-inkomsten en het eigen risico samen.[26]

In het onderstaande overzicht is te zien welk percentage verzekerden de modale premie betalen en hoeveel verzekerden minder of meer dan de modale premie betalen. Dit is in figuur 4.1. weergegeven door de spreiding van verzekerden over categorieën betaalde nominale premie ten opzichte van de modale premieklasse in beeld te brengen. Hierbij is uitgegaan van de gemiddeld per zorgverzekeraar betaalde premie inclusief collectiviteitskortingen.

[25] Zoals eerder opgemerkt wijken deze cijfers af van de door Vektis in april 2015 gepubliceerde 'Zorgthermometer'. In Zorgthermometer zijn de kortingen voor eigen risico opgenomen in de gemiddeld betaalde premies in tegenstelling tot onze berekeningen.
[26] In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage samen (de 50/50-verdeling).

Figuur 4.1. Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie



Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

In 2014 is de grootste spreiding van verzekerden over de categorieën betaalde premie gemeten sinds de invoering van de Zvw in 2006. In 2015 is de spreiding weer in lijn met die van vóór 2014. In 2015 heeft 51% van de verzekerden een polis bij een verzekeraar die per verzekerde gemiddeld een nominale premie ontvangt tussen € 1.125 en € 1.150 (de modale klasse); voor 22% betreft het de hogere klasse € 1.150 tot € 1.175.

Tabel 4.3. geeft de bandbreedte tussen de laagste en de hoogste betaalde premie weer, op concern-, zorgverzekeraars- en polisniveau. Ook in deze tabel zijn kortingen voor eigen risico en vooruitbetaling buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.3. Bandbreedte van de gewogen gemiddeld betaalde premie per jaar (in euro)

Bandbreedte	2011	2012	2013	2014	2015
Op concernniveau	26	24	41	70	50
Op zorgverzekeraarsniveau	155	140	140	220	155
Op polisniveau	277	275	249	344	410

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

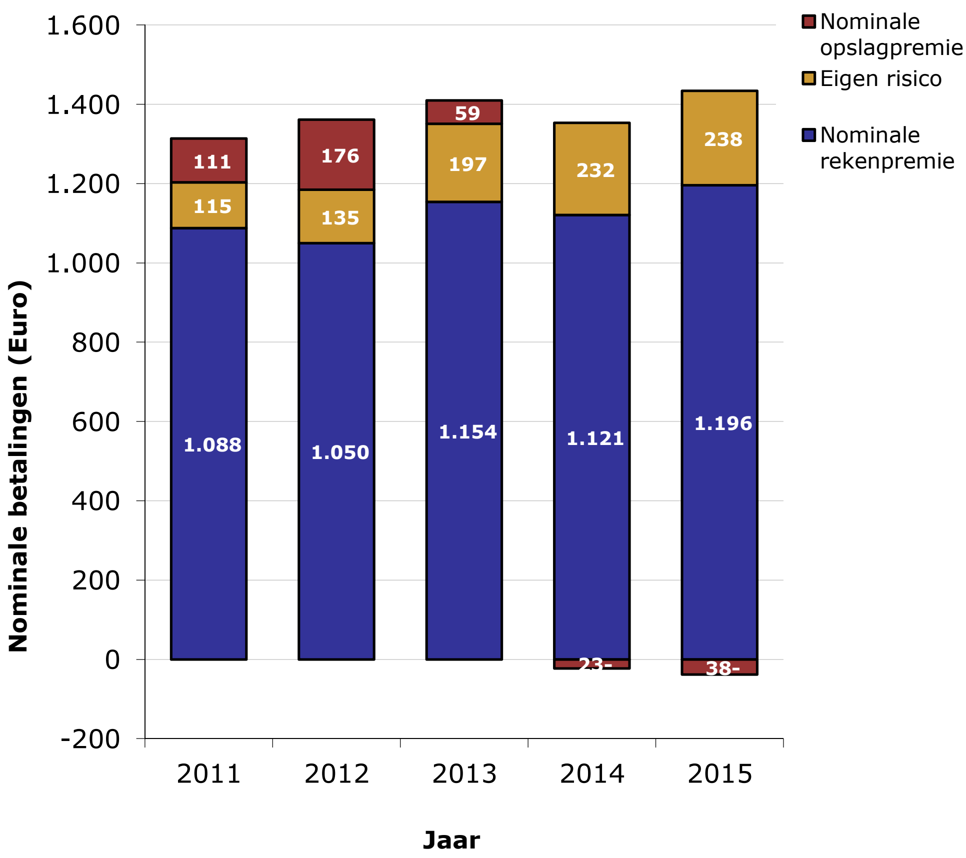
In 2014 en 2015 is de bandbreedte van de betaalde premie op polisniveau sterk toegenomen. In 2014 betreft dit vooral een sterke daling van de ondergrens. In 2015 is de ondergrens nog iets verder gedaald, maar is vooral de bovengrens toegenomen.

De gemiddeld betaalde premie varieert in 2015 van € 957[27] voor ongeveer 600 verzekerden met een collectieve natura-polis met selectieve contractering tot € 1.367 voor ongeveer 20.000 verzekerden met een individuele restitutie-polis. De bandbreedte op polisniveau bedraagt derhalve in 2015 € 410. Dat is 35% van de gemiddeld betaalde premie. Op zorgverzekeraarsniveau en concernniveau is de spreiding geringer.

De onderstaande figuur geeft de opbouw en ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden weer, uitgesplitst naar:

- Nominale rekenpremie
  De nominale rekenpremie is de premie die benodigd is om de verwachte schadelast (exclusief afhandelingskosten) te kunnen dekken. De rekenpremie wordt jaarlijks vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Eigen risico
  Het (door alle verzekerden van 18 jaar of ouder) gemiddeld betaalde verplicht eigen risico minus (tot en met 2013) de gemiddelde compensatie-uitkeringen voor chronisch zieken.
- Nominale opslagpremie
  De nominale opslagpremie is het gedeelte van de zorgverzekeringspremie boven de rekenpremie die door zorgverzekeraars wordt gebruikt ter dekking van de uitvoeringskosten (ook wel bedrijfskosten genoemd) en het exploitatieresultaat.

Figuur 4.2. De ontwikkeling van de nominale betalingen van verzekerden (gemiddeld per verzekerde van 18 jaar of ouder)



[27] De polis met de laagste basispremie in 2015 kost € 990.

Bron: ministerie van VWS (rekenpremie en eigen risico), NZa/Vektis (opslagpremie) [28]

In 2015 is voor het tweede jaar op rij sinds de invoering van de Zvw sprake van een gemiddeld negatieve nominale opslagpremie. Van de 25 zorgverzekeraars hebben er 22 (marktaandeel 82%) een negatieve nominale premieopslag in de nominale premie verwerkt. Zorgverzekeraars onttrekken in 2015 ongeveer 1,35 miljard euro aan hun reserves om de nominale premie te beperken. Dit komt neer op circa € 100 euro per premiebetaler per jaar.

In tabel 4.4. zijn de veranderingen in de onderdelen van nominale betalingen uit figuur 4.2. opgenomen.

Tabel 4.4. Oorzaak mutatie nominale betalingen (gemiddeld in euro's per verzekerde van 18 jaar of ouder)

		2011	2012	2013	2014	2015
Mutatie Nominale opslagpremie	**Totaal**	-1	65	-117	-82	-15
Mutatie eigen risico	Verplicht eigen risico (gemiddeld)	4	25	67	17	6
	Compensatie chronisch zieken (gemiddeld)	0	-5	-5	18	n.v.t.
	Totaal	4	20	62	35	6
Mutatie Nominale rekenpremie	Verbetering saldo Zorgverzekeringsfonds	75	-25	10	-75	-20
	Zorguitgavenstijging en pakketaanpassing	40	35	115	45	10
	Aanpassing naar 50/50 verhouding nominale / procentuele premie en alle overige mutaties	-10	-48	-21	-3	85
	Totaal	105	-38	104	-33	75
Totaal	Totale mutatie nominale betalingen	108	47	49	-80	66

Bron: NZa (op basis begroting VWS, NZa database Modelovereenkomsten en Vektis uitvraag Mobiliteit en Keuzegedrag)

Uit bovenstaande tabel volgt dat in 2015 de nominale opslagpremie voor het derde jaar op rij is gedaald. De hoogte en mutatie van de opslagpremie is met name bepaald door de door zorgverzekeraars verwachte uitvoeringskosten, het resultaat op de risicoverevening en met ingang van 2013 door de inzet van winst uit vorige jaren vanuit de reserves. De nominale betalingen waren de afgelopen jaren lager dan vooraf door VWS was begroot. Dit heeft tot gevolg dat in volgende jaren, zoals in 2015, de nominale rekenpremie is verhoogd om de 50/50 verhouding tussen nominale betalingen en procentuele premie achteraf te herstellen.

De compensatie voor het verplicht eigen risico van chronisch zieken is per 1 januari 2014 afgeschaft, zodat hiervoor in de tabel voor het jaar 2015 geen mutatie meer van toepassing is.

[28] Bron: Websites zorgverzekeraars. Volgens afspraak met de minister van VWS geven zorgverzekeraars vanaf eind 2014 op uniforme en publieksvriendelijke wijze inzicht in de opbouw van hun premie. Zie hiervoor ook de brief aan de Tweede Kamer van 31 oktober 2014 "Afspraken met zorgverzekeraars over een uniforme wijze van inzicht bieden in de opbouw van hun premie" (kenmerk 679330-128151-Z).

4.3 Opbouw van de nominale premie

Volgens afspraak met de minister van VWS geven zorgverzekeraars vanaf eind 2014 op uniforme en publieksvriendelijke wijze inzicht in de opbouw van hun premie.[29]

In de onderstaande tabel is de gemiddelde opbouw van de nominale basispremie voor 2015 weergegeven, gewogen naar het aantal verzekerden van 18 jaar of ouder per zorgverzekeraar in 2014. Het betreft de premie per jaar zonder kortingen.[30]

Tabel 4.5. Opbouw van de nominale basis premie (in euro)

	2015
Rekenpremie VWS	1.196
Resultaat op zorgactiviteiten	-38
Bedrijfskosten	84
Inzet beleggingsopbrengsten	-3
Onttrekking aan reserves	-101
Toevoeging aan reserves	1
Opslag winst	0
Overig, inclusief opslag voor bekostiging collectiviteitskortingen	87
Totaal basispremie	1.225

Bron: Websites zorgverzekeraars, overzichten opbouw nominale premie voor het komend jaar

Van de post 'overig' is door de NZa globaal berekend dat ongeveer € 62 nodig is voor het geven van collectiviteitskortingen en € 25 voor oninbare premie en overige kosten.

4.4 Vrijwillig eigen risico

Bij het afsluiten van een zorgverzekering kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de regel geldt, hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe meer korting de zorgverzekeraar op de te betalen premie zal verstrekken. Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen in het vrijwillig eigen risico: de premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie en het percentage verzekerden dat elke categorie kiest.

In de tabel 4.6. wordt per eigen risico categorie de gemiddelde premiekorting weergegeven.

[29] Brief aan de Tweede Kamer van 31 oktober 2014 "Afspraken met zorgverzekeraars over een uniforme wijze van inzicht bieden in de opbouw van hun premie" (kenmerk 679330-128151-Z).
[30] De eerder in deze marktscan genoemde getallen over gemiddeld betaalde premie zijn inclusief kortingen. Dit is dus een lager bedrag. Tabel 4.5. is puur bedoeld om de opbouw van de premies te laten zien en daarom zijn de kortingen eruit gelaten en daarmee verschilt met het eerder genoemde basispremie bedrag in tabel 4.2.

Tabel 4.6. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie (gemiddeld in euro's per polis)

Vrijwillig eigen risico categorie	2011	2012	2013	2014	2015
€100	44	45	45	46	45
€200	86	87	88	90	89
€300	127	129	131	133	132
€400	168	174	175	178	176
€500	219	229	230	236	236

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit tabel 4.6. blijkt dat de gemiddeld door zorgverzekeraars aangeboden premiekorting voor een vrijwillig eigen risico in de loop der jaren is gestegen, maar van 2014 op 2015 vrijwel niet is gewijzigd.

De premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie verschilt per polis. In de onderstaande tabel is de laagste en hoogste aangeboden korting weergegeven.

Tabel 4.7. Premiekorting per vrijwillig eigen risico categorie (laagste en hoogste aangeboden korting in euro's)

Vrijwillig eigen risico categorie	Korting	2011	2012	2013	2014	2015
€100	laagste	30	25	28	30	30
	hoogste	72	72	72	72	72
€200	laagste	60	60	60	60	60
	hoogste	126	126	126	144	144
€300	laagste	90	90	90	90	90
	hoogste	176	176	176	192	192
€400	laagste	120	120	120	120	120
	hoogste	219	219	219	240	240
€500	laagste	150	150	150	150	150
	hoogste	311	311	311	300	324

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

Uit tabel 4.7. blijkt dat er een groot verschil is tussen de laagste en de hoogste aangeboden vrijwillig eigen risico korting. In 2015 kan de verzekerde bij een eigen risico van € 500 op de ene polis € 150 korting en op een andere polis € 324 korting per jaar krijgen.
In 2015 is de hoogste korting bij een eigen risico van € 500 toegenomen tot € 324 per jaar. Dit betreft de Anderzorg Basis verzekering die in de markt is gezet met de laagste vanaf-premie (bij het hoogste vrijwillig eigen risico).

Tabel 4.8. Percentage verzekerden 18+ per vrijwillig eigen risico categorie

Vrijwillig eigen risico categorie	2011	2012	2013	2014	2015
Geen vrijwillig eigen risico	94,0%	93,1%	90,3%	89,3%	88,3%
€ 100	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
€ 200	0,9%	0,9%	1,1%	1,3%	1,3%
€ 300	0,8%	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%
€ 400	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
€ 500	2,7%	3,6%	6,2%	7,1%	8,2%

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

Uit tabel 4.8. volgt dat het percentage verzekerden zonder vrijwillig eigen risico blijft dalen. Mensen blijken vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, met als grootste stijger de vrijwillig eigen risico categorie van € 500. In 2015 kiest 8,2% van de verzekerden voor deze hoogste categorie vrijwillig eigen risico. Hierdoor is betaling van een deel van de zorgkosten verschoven van de premie naar eigen betalingen door de consument.

5. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk beschrijft hoeveel mensen in Nederland in de loop van de jaren verzekerd zijn, hoeveel mensen onverzekerd zijn en hoeveel mensen de premie voor de zorgverzekering niet (kunnen) betalen.

Tabel 5.1 bevat het totaal van de in Nederland verkochte basisverzekeringen (BV) en aanvullende verzekeringen (AV).

Tabel 5.1. Aantal verkochte polissen (x 1 miljoen)

Soort verzekering	2011	2012	2013	2014	2015
Basisverzekering (in mln)	16,6	16,6	16,7	16,7	16,8
Aanvullende verzekering (in mln)	14,8	14,7	14,3	14,2	14,2

Bron: NZa op basis van Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag)

5.1 Onverzekerden

Tabel 5.2. brengt het aantal mensen in beeld zonder basisverzekering, exclusief de gewetens- en gemoedsbezwaarden en militairen. In maart 2011 is de Wet 'Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' in werking getreden. Het Zorginstituut Nederland heeft daarin de taak om:

- verzekeringsplichtige onverzekerden op te sporen door middel van bestandsvergelijking;
- deze aan te sporen alsnog een zorgverzekering te sluiten;
- boetes op te leggen als dat niet gebeurt;
- de betrokkenen uiteindelijk ambtshalve te verzekeren bij een zorgverzekeraar;
- gedurende een jaar een bestuursrechtelijke premie op te leggen en deze zoveel mogelijk op het inkomen in te houden en, via de Belastingdienst, op de zorgtoeslag.

Deze taak gaat per 1 januari 2016 naar het CAK.

Uit tabel 5.2. blijkt dat deze maatregel een positief effect heeft. Het aantal onverzekerden is met ingang van 2011 sterk teruggelopen. De in de tabel opgenomen onverzekerden per 31 december bevinden zich in het traject van aanschrijving en boeteoplegging en zullen door het Zorginstituut worden verzekerd als zij niet op korte termijn zelf een verzekering afsluiten of aantonen niet verzekeringsplichtig te zijn.

Tabel 5.2. Aantal onverzekerden

	2011	2012	2013	2014
Instroom (aangeschreven onverzekerden)	164.388	78.268	69.382	71.726
Uitstroom	106.423	96.030	72.323	71.012
Onverzekerd per 31 december	57.965	40.203	28.740	29.454

Bron: Zorginstituut Nederland

De instroom betreft personen die volgens de Sociale Verzekeringsbank (SVB) Wlz-verzekerd zijn, maar volgens de zorgverzekeraars geen

zorgverzekering hebben afgesloten. Maandelijks vindt een bestandsvergelijking plaats voor de selectie van deze personen.
De uitstroom betreft personen die zich alsnog verzekerd hebben, ambtshalve worden verzekerd, met succes zijn of haar verzekeringsplicht betwisten of blijken te horen tot een restcategorie, zoals gemoedsbezwaarden en militairen.

De Wlz is een verzekering van rechtswege. Dat betekent – enkele uitzonderingen daargelaten – dat mensen automatisch verzekerd zijn wanneer zij ofwel in Nederland wonen ofwel aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Iedereen die Wlz-verzekerd is, is in principe verzekeringsplichtig voor de Zvw.

5.2 Wanbetalers nominale premie

Sinds de inwerkingtreding van de Wet 'Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' op 1 september 2009 melden zorgverzekeraars wanbetalers aan en af voor het bestuursrechtelijke premieregime bij het Zorginstituut Nederland.

Tabel 5.3. maakt de ontwikkeling in de afgelopen vier jaar in het aantal wanbetalers zichtbaar. Wanbetalers zijn verzekerden met een betalingsachterstand van ten minste zes maanden nominale premie, die geen betalingsregeling hebben met de zorgverzekeraar, in een wettelijk of minnelijk schuldhulptraject zitten of een stabilisatieovereenkomst hebben gesloten. Zorgverzekeraars melden verzekerden af als wanbetaler zodra de premieschuld is afgelost of als de verzekerde een regeling voor schuldhulpverlening heeft getroffen of de verzekerde is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering.

Tabel 5.3. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal wanbetalers per 31 december	267.626	304.532	296.369	322.922	329.291

Bron: Zorginstituut Nederland.

Wanbetalers zijn aan het Zorginstituut Nederland een bestuursrechtelijke premie verschuldigd die 30% hoger is dan de standaardpremie volgens de Wet op de zorgtoeslag. Het Zorginstituut int de premie via de werkgever of uitkeringsinstantie of via het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Het CJIB schakelt indien nodig een deurwaarder in. Met ingang van 2013 gaat de eventuele zorgtoeslag van wanbetalers in opdracht van het Zorginstituut rechtstreeks van de Belastingdienst naar het CJIB om daarmee al een deel van de te betalen premie te voldoen. De taken van het Zorginstituut voor wanbetalers en onverzekerden gaan naar verwachting per 1 januari 2016 over naar het CAK.

Bijlage I. Risicoverevening nader bekeken

Tabel 1. Resultaat ex ante risicoverevening

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[31]	2012[31]	2013[31]
Grote 4 concerns	-55	23	-20	-86	10	20	127	105
Overige concerns	-97	20	-87	-102	14	50	160	144
Totaal	-58	23	-26	-88	10	23	130	109

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 2. Effect macronacalculatie

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[31]	2012[31]	2013[31]
Grote 4 concerns	58	-22	-26	26	-26	20	n.v.t.	n.v.t.
Overige concerns	61	-30	-25	24	-23	22	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	58	-23	-26	26	-26	20	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 3. Effect extra middelen

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[31]	2012[31]	2013[31]
Grote 4 concerns	20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Overige concerns	21	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal	20	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 4. Effect flankerend beleid bij afschaffing ex post compensaties

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[31]	2012[31]	2013[31]
Grote 4 concerns	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	0	-1
Overige concerns	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	2	8
Totaal	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	0	0

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

Tabel 5. Effect overige ex post compensaties (hoge kosten verevening, generieke verevening, nacalculatie, bandbreedteregeling)

€ per verzekerde 18+	2006	2007	2008	2009	2010	2011[31]	2012[31]	2013[31]
Grote 4 concerns	-2	-1	46	62	18	-39	-77	29
Overige concerns	13	7	106	62	2	-70	-103	1
Totaal	-1	0	52	62	17	-41	-79	26

Bron: NZa (op basis Zorginstituut data vaststelling vereveningsbijdrage)

[31] De cijfers over 2011 t/m 2013 zijn gebaseerd op een voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage, waarbij de definitieve schadelast en verevening nog niet vaststaat.

Bronnen en methoden

Hieronder een overzicht van de belangrijkste gebruikte bronnen.

- NZa gegevens:
  - Database modelovereenkomsten: Betreft aantallen zorgverzekeraars, aantallen en soorten polissen, specifieke polisvoorwaarden.
  - Uitvraag collectiviteiten: de NZa vraagt jaarlijks gegevens aan zorgverzekeraars over collectieve verzekeringen en herverzekering eigen risico.
  - Uitvraag kortingen op de te betalen premie: dit jaar het de NZa – gecombineerd met andere vragen - bij de zorgverzekeraars een uitvraag gedaan over kortingen.

- Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ): ontvangen gegevens betreffen aantal onverzekerden, aantal wanbetalers, vaststelling vereveningsbijdrage.

- Vektis (Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag): de gegevens zijn verzameld door Vektis bij alle zorgverzekeraars over in- en uitstroom van verzekerden, specifieke statistieken over verzekerden en aanvullende verzekeringen.

- De Nederlandsche Bank (DNB): Jaar- en kwartaalstaten van ziektekostenverzekeraars in het kader van de Wet op het financieel toezicht (Wft) met financiële gegevens voor zowel basis- als aanvullende verzekering.

- Rijksbegroting 2015 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport.